



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO
DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA**

Katyanne da Silva

JOÃO PESSOA – PB

2020

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Federal
da Paraíba, como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria das Graças Miranda
Ferreira da Silva

João Pessoa – PB

2020

**Catálogo na publicação Seção de Catalogação
e Classificação**

S586a Silva, Katyanne da.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE
PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL ESCOLA / Katyanne
da Silva. - João Pessoa, 2020.
79 f.

Orientação: Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCHLA.

1. Serviço Social. 2. Planejamento Familiar. 3.
Política de Saúde. I. da Silva, Maria das Graças
Miranda Ferreira. II. Título.

UFPB/CCHLA

Dedico este trabalho as duas mulheres essenciais na minha vida, a minha mãe, Josenilda José da Silva, e a minha vó, Severina da Silva que são o meu alicerce aqui na terra e pilares na minha formação como ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva da vida, pelo seu infinito amor, proteção, sabedoria e pela oportunidade de chegar até aqui.

As duas figuras femininas, Severina da Silva e Josenilda J. Da Silva, agradeço pela dedicação, incentivo, preocupação, carinho, compreensão. E em especial, por serem a minha representatividade de mulher, e por acreditarem em mim e me mostrarem que sou capaz de conseguir tudo que almejo.

A minha Vó, Severina da Silva nunca saberei expressar tamanha gratidão diante dos privilégios ofertados nessa graduação. Ao se sacrificar para que meus estudos sempre fossem a minha prioridade.

A minha mãe, Josenilda J. Da Silva, agradeço pelo encorajamento e por sempre acreditar em mim, ao me mostrar o tamanho da minha potencialidade.

Ao meu pai, Edvaldo da Silva que de certa forma contribuiu para a excelência dessa graduação.

A minha tia Maria Célia agradeço por ter acreditado no meu potencial e por sempre me encorajar com palavras sábias.

Aos meus queridos amigos de graduação, Ednalva Mendes, Reinaldo Silva, Leonardo Firmino, Maysa Cristina e Ranalice Vital, agradeço pelos incentivos em momentos turbulentos e, obviamente pelas boas risadas advindas dos bons momentos compartilhados. A essas pessoas, devo eterna gratidão.

A um dos meus incentivadores, Fernando França, agradeço por toda direção e amplitude dos caminhos a seguir.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria das Graças M. F. Da Silva por todo desempenho, dedicação e paciência, pelos ensinamentos que vou levar para o resto da minha vida.

Todo começo é difícil em qualquer ciência.

Karl Marx.

RESUMO

O presente estudo trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso, em nível de graduação em Serviço Social, que objetiva analisar a atuação profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar em um hospital-escola a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do respectivo serviço. Portanto, tal estudo contribuirá com a reflexão em torno da profissão do Serviço Social relacionada à política de Planejamento Familiar desenvolvida no Hospital Universitário Lauro Wanderlei (HULW), tendo em vista a hipótese de que a prática profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar visa o compromisso com os usuários, familiares e comunidade, apesar das condições adversas de trabalho. Nessa perspectiva, faz-se o uso da pesquisa de campo, com abordagem predominantemente qualitativa de análise, e classificada como exploratória. Também adotou o método do materialismo histórico dialético, ao considerar características como: criticidade, totalidade e historicidade dos fatos. Como resultados, verifica-se que há confirmação da hipótese levantada de que a prática profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW visa o compromisso com os usuários, familiares e comunidade, tendo em vista que a maioria significa (50%) dos usuários correlacionaram a profissão na perspectiva crítica, com objetivo prático de orientar e intervir na realidade, conforme o percentual de (72,22%). Certificando a análise feita pelas assistentes sociais referente a atuação profissional no serviço, visto o argumento da particularidade das orientações realizadas. Nessa direção, (94,44%) dos usuários(as) entrevistados(as) julgaram que a resolutividade da demanda foi atendida. Por fim, é importante frisar que mesmo diante de uma conduta profissional crítica e de intervenção na realidade, cabe aos usuários do serviço, exercer sua participação social, através do mecanismo do controle dessas políticas sociais ofertadas, a fim de garantir o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana, visto, a conjuntura política atual de desmonte dos direitos sociais, favorecendo o acúmulo de riquezas para o capital, ignorando os princípios de universalidade, equidade, integralidade postos na Constituição Federal, o que dificulta os avanços no setor saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Planejamento Familiar. Política de Saúde.

ABSTRACT

The present study is a research of a Course Completion Work character at the level of Bachelor's degree in Social Work, which aims to analyze the professional performance of the Social Worker in the Family Planning service in a teaching hospital from the conception of users and the Social Assistants of the respective service. Therefore, such a study will contribute to the reflection around the Social Service profession related to the Family Planning policy developed at the University Hospital Lauro Wanderlei (HULW), considering the hypothesis that the professional practice of the Social Worker in the Family Planning service aims to the commitment to users, family members and the community, despite adverse working conditions. In this perspective, bibliographic research is used with a predominantly qualitative approach to analysis, being classified as exploratory and field. In this way, it is a wisdom guided by a criticality, totality and historical particularities. As a result, it appears that there is confirmation of the hypothesis raised that the professional practice of the Social Worker in the Family Planning service at HULW aims at commitment to users, family members and the community, considering that the majority means (50%) of users correlated the profession in a critical perspective, with the practical objective of guiding and intervening in reality, according to the percentage of (72.22%). Certifying the analysis made by the social workers regarding the professional performance in the service, given the argument of the particularity of the guidelines provided. In this sense, (94.44%) of the users interviewed thought that the resolution of the demand was met. Finally, it is important to emphasize that even in the face of critical professional conduct and intervention in reality, it is up to the users of the service, to exercise their social participation, through the control mechanism of these offered social policies, in order to guarantee the recognition of the principle of the dignity of the human person, seen, the current political situation of dismantling social rights, favoring the accumulation of wealth for capital, ignoring the principles of universality, equity, integrality laid down in the Federal Constitution, which hinders advances in the health sector.

Key words: Social service. Family planning. Health Policy.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HU – Hospital Universitário

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Setores de Atuação das Assistentes Sociais do HUL	47
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Entrevistados quanto ao sexo.....	49
Tabela 02: Faixa etária	50
Tabela 03: Níveis de escolaridade dos entrevistados.....	50
Tabela 04: Renda Salarial	50
Tabela 05: Tempo de serviço das profissionais.....	57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
 CAPÍTULO I – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.....	18
1.1 Constituição do Serviço Social no Brasil: aspectos históricos	18
1.2 Serviço Social e Saúde: atuação profissional do Serviço Social na saúde... ..	24
 CAPÍTULO II – O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL NO CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	31
2.1 Elementos Históricos do Planejamento Familiar no Brasil.....	32
2.2 Análise do aparato legal que regulamenta o Planejamento Familiar: política social e direito.....	37
 CAPÍTULO III - ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL- ESCOLA	42
3.1 Lócus da Pesquisa (HULW)	43
3.1.1 Espaço profissional do Serviço Social no HULW e a introdução do Planejamento Familiar.....	45
3.2 Atuação do Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW (a visão das profissionais e dos usuários)	48
3.2.1 Dados pessoais dos usuários (Perfil Sócio Econômico-Cultural).....	48
3.2.2 Análise da concepção do Serviço Social no serviço de Planejamento familiar sob a perspectiva dos usuários.....	51
3.2.3 Análise do nível de importância da prática desenvolvida pelo Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar: a perspectiva dos usuários.....	54
3.2.4 Análise do papel do Serviço Social sob a ótica do direito: na perspectiva dos Usuários	55
3.3 Planejamento Familiar do HULW na perspectiva das profissionais	57
3.3.1 Tempo de serviço das profissionais no Planejamento Familiar	57
3.3.2 Análise dos avanços e desafios no serviço de Planejamento Familiar na perspectiva das profissionais.....	58

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
APÊNDICE.....	68
ANEXOS	73

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre um estudo em âmbito acadêmico de graduação, referente a atuação profissional do Assistente Social a partir da perspectiva dos usuários do serviço de planejamento familiar e dos próprios assistentes sociais deste serviço, no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Logo, para tal estudo, foi necessário realizar uma sapiência que abranja a criticidade, a totalidade e as particularidades históricas da constituição do Serviço Social e suas implicações, bem como, da política pública do planejamento familiar e da política de saúde brasileira.

Entende-se que o Serviço Social atualmente passa a ser aquela profissão que viabiliza os direitos sociais, que acolhe ao projeto societário democrático, ou seja, visa o compromisso com a classe trabalhadora, e, conseqüentemente, contrapondo-se ao projeto firmado na ideologia capitalista neoliberal.

Portanto, a partir da constituição da profissão do Serviço Social e da política de planejamento familiar no Brasil, no contexto de Políticas Públicas, esse estudo versou sobre a relação entre tal política e a mencionada profissão, buscando compreender a constituição deste Planejamento Familiar enquanto política pública e do Serviço Social enquanto profissão que viabiliza direitos sociais.

Desse modo, de acordo com Marx (1997, p.218 apud MONTANÕ e DURIGUETTO, 2010, p.34) ao entender que a realidade estar sempre em processo de mudança e evolução e que para conhecê-la é necessário retornar a ela, percebendo assim, as novas determinações que vão assumindo, pode-se orientar a pesquisa trazendo as seguintes questões: A constituição do Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar é compatível com todo o aparato legal que regulamenta a profissão? Há efetividade da atuação profissional do Assistente Social no que corresponde ao serviço de Planejamento familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley? Como se dá a atuação das assistentes sociais a partir da ótica dos usuários do serviço de planejamento familiar e a partir das próprias assistentes sociais?

Articular os fatos históricos que constituem o Serviço Social e a Política de Planejamento Familiar, na ótica da totalidade, por meio do estudo proposto, torna-se possível o desvelamento das questões levantadas.

Nesse sentido, este trabalho possui como **objetivo geral** analisar a atuação profissional do Assistente Social a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do serviço de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley, tendo em vista o interesse de investigar a efetividade dos direitos sociais postos à sociedade, por meio do fazer profissional do Assistente Social direcionado a uma política cujos determinantes são marcados pela garantia do acesso igualitário das informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Como **objetivos específicos** da pesquisa têm-se: analisar o papel desenvolvido pelo Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW; identificar a concepção das Assistentes Sociais sobre sua atuação profissional no serviço de Planejamento Familiar no HULW; e identificar as concepções dos usuários sobre o Serviço Social, no serviço de Planejamento Familiar.

Portanto, patiu-se da **hipótese** de que a prática profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW visa o compromisso com os usuários, familiares e comunidade, apesar das condições adversas de trabalho.

Vale ressaltar que a **motivação para efetuar essa análise** veio das observações feitas no Estágio Supervisionado I e II no Setor de Planejamento Familiar, ao identificar que a conduta Profissional da Assistente Social era imprescindível para o acesso ao serviço e à garantia dos direitos, bem como, tal motivação também veio da participação nos debates do grupo de pesquisa sobre Planejamento Familiar e Reprodutivo no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Destaca-se que o estudo dispõe relevância social ao permitir que a sociedade reflita sobre a efetividade dos direitos estabelecidos e garantidos por lei, mediante a abordagem que correlaciona políticas públicas, direito e atuação profissional, bem como, relevância acadêmica e científica, visto que, proporcionará novas pesquisas sobre atuação profissional do Assistente Social, já que a mesma está vinculada ao projeto societário democrático e visa atender as demandas da classe trabalhadora na viabilização dos direitos.

Desse modo, justifica-se a relevância desta pesquisa pela necessidade de conhecer a concepção do Serviço Social na área hospitalar, mais precisamente do serviço de Planejamento Familiar, como ponto de partida para, no futuro, refletir a

participação efetiva enquanto parte de uma equipe de saúde multiprofissional.

Para realização da pesquisa, o caminho percorrido adotou o método do materialismo histórico dialético, ao se aproximar da realidade.

Netto (2011, p. 22) afirma:

Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.

Portanto, o estudo buscou considerar as mediações, por conseguinte, a aproximação com a totalidade a qual pertence.

A pesquisa é **exploratória e de campo**. Também utilizou-se da abordagem predominantemente qualitativa de análise, na perspectiva do já mencionado materialismo histórico- dialético, para analisar, interpretar e explicar o papel desenvolvido pelo Serviço Social junto ao serviço de planejamento familiar do HULW, tendo em vista que Minayo (2002, p. 21) relaciona que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para fundamentar a pesquisa foi necessário realizar um levantamento bibliográfico em busca de um arcabouço teórico que englobasse as análises sobre o Serviço Social e a viabilização do direito por meio da política pública do planejamento familiar. Dessa maneira, foram utilizados os documentos, princípios e diretrizes que norteiam a profissão e a política de Planejamento Familiar. Tais como: "Os Parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde" (CEFESS, 2010); o Código de Ética profissional (1993), a Lei que regulamenta a profissão (Lei 8.662/93). E no que refere ao Planejamento Familiar a Lei que regulamenta a política 9.263/1996, bem como as portarias.

No que se referem aos dados primários, foram coletados a partir da aplicação de questionários semiestruturados (impressos) com os(as) usuários(as) do Serviço Social do serviço de Planejamento Familiar da instituição e com as assistentes sociais do referido serviço.

Logo, para a sistematização dos dados foram utilizados quadros e tabelas, e através da técnica de Análise de Conteúdo foram categorizados os aspectos

norteadores deste estudo, mediante as fases de: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação.

Nessa perspectiva, elegeu-se como sujeitos da pesquisa: os usuários atendidos na Unidade de Atenção à Mulher e as profissionais de Serviço Social da referida Unidade, na qual é contemplado o serviço de Planejamento Familiar.

No que corresponde ao universo de usuários este foi definido a partir da média de atendidos(as) em um mês, que corresponde a 60 atendimentos. Diante deste universo elegeu-se uma amostra aleatória mediante o vasto quantitativo de usuários assistidos na Unidade de Atenção à Mulher, na perspectiva de Planejamento Familiar: DIU (Dispositivo Intra-uterino), Esterilizações Cirúrgicas Voluntárias - Laqueadura e Vasectomia.

Em termos numéricos esta amostra foi de 30%, que equivale a 18 usuários selecionados, a fim de avaliar a atuação do Assistente Social. No que diz respeito ao universo das profissionais, este foi um total de 2 (duas)- (100%), portanto, a amostra foi correspondente ao universo, devido este ser bastante reduzido.

Como critérios de inclusão, os sujeitos deveriam ser os usuários encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e regulados internamente e os usuários encaminhados do (Pré-Natal de Alto Risco) PNAR do HULW, bem como, as assistentes sociais que atuam na Unidade de Atenção à Mulher no serviço de Planejamento Familiar, no período da manhã e da tarde.

Como critério de exclusão não participariam da pesquisa os usuários que procuraram o serviço por demanda espontânea, e as assistentes Sociais que não são da Unidade de Atenção à Mulher (Serviço de Planejamento Familiar).

A coleta dos dados compreendeu aos meses de fevereiro à março de 2020, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HULW, conforme parecer substanciado, anexo ao trabalho.

A pesquisa seguiu as normas e diretrizes da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual regulamenta as pesquisas com seres humanos. E por envolver riscos variados, os(as) entrevistados(as) foram esclarecidos durante a pesquisa e tiveram a garantia do anonimato pela assinatura do termo de consentimento, que esclarece os objetivos da pesquisa.

Para uma melhor compreensão acerca do objeto de pesquisa, optou-se por dividir este estudo em três capítulos. No primeiro capítulo houve uma breve contextualização histórica do Serviço Social e da Política de Saúde situando a

atuação profissional na área.

No Segundo capítulo houve a explanação dos elementos históricos do Planejamento Familiar, bem como foi elencada uma análise do aparato legal que regulamenta essa política, no intuito de retratar os direitos conquistados.

O terceiro capítulo apresentou a contextualização do lócus da pesquisa, o Hospital Universitário Lauro Wanderley, com o intuito de destrinchar os dados coletados ao considerar o objetivo de analisar a atuação profissional do Assistente Social a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do serviço de Planejamento Familiar.

Com os resultados pretendeu-se enfatizar uma reflexão sobre a temática dentro do âmbito acadêmico, ao possibilitar a fundamentação de novas pesquisas na área, como também para uma reflexão voltada para os(as) assistentes sociais, ao se atentarem para sua prática junto à equipe multiprofissional, na perspectiva de viabilizar os direitos dos usuários.

CAPÍTULO I - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Neste capítulo procurou-se fazer uma análise histórica sobre o Serviço Social e a Política de Saúde situando a atuação do Assistente Social na área.

Primeiramente, foi realizado um resgate histórico sobre o Serviço Social, com o objetivo de entender a sua dimensão política atual voltada para o projeto societário democrático, na perspectiva de viabilização do direito social. Portanto, esboçou-se o rompimento do Serviço Social com o ideário católico, ressaltando sua perspectiva teórica e metodológica atual e os novos desafios postos a profissão diante da conjuntura Neoliberal. Em seguida, a Política de Saúde foi destrinchada desde seu entendimento como ausência de doença até sua dimensão política de direito social, trazendo a tona a atuação profissional do Assistente Social na viabilização do acesso ao direito posto pela Constituição Federal de 1988.

1.1 Constituição do Serviço Social no Brasil: aspectos históricos

O movimento histórico da sociedade capitalista pode explicar o Serviço Social e todo o conhecimento que o direciona, mediante as relações sociais, como afirma Yazbek, 2009. Portanto, ao falarmos da constituição do Serviço Social tendo por base seus determinantes históricos e culturais é necessário referenciar dois termos: a relação capital-trabalho e “questão social”¹. Ambos diretamente interligados, visto que, o Serviço Social é gerido para explicar e intervir na realidade.

Esta realidade aqui expressa é exemplificada através da miséria e exploração advindas de um mercado de trabalho constituído nos padrões capitalista no período que corresponde ao avanço dos polos industriais.

Assim, ao considerar que esse cenário é decorrente da venda da força de trabalho. Nesse aspecto em questão, pode-se observar a relevância da relação capital trabalho e “questão social” na constituição do Serviço Social.

¹ -“A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77 apud NETTO, 2007, p. 17)

Nessa direção, é necessário relatar que nesse período o Serviço Social se constituiu através de um conjunto ideário de cunho humanista conservador que orientava a formação teórica e a prática social das primeiras assistentes sociais, mediante a filantropia e caridade. Este justificando o aparecimento das primeiras escolas de serviço social no Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso².

No entanto, os elementos de discurso desse ideário que sistematizaram a atividade prática do ensino do Serviço Social eram pautados através do veículo de doutrina e propaganda do pensamento social da igreja. Sendo esse, essencialmente doutrinário e apologético. A “questão social” sendo recortada, mediante a responsabilização do indivíduo. Visto como um problema de cunho controlista, logo, utilizado como ajustamento por meio assistencial, moral e educacional.

Nessa perspectiva, ao destacar que o Serviço Social era vinculado ao agente igreja tendo como referencial orientador a Doutrina Social da Igreja, é necessário destacar as Encíclicas Papais³. Cujo objetivo correspondia à busca pela restauração do papel social e à adesão a ação social da igreja. Desse modo, possibilitando o planejamento de obras assistenciais de maior envergadura, mediante a reorientação da profissão no que constitui a qualificação e sistematização de seu espaço sócio-ocupacional. O que direcionou a aproximação do Serviço Social com o positivismo, configurando o arranjo teórico-doutrinário voltado à estabilidade social, tendo em vista a apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social.

Nesse respectivo período, o Serviço Social rompe com o bloco católico, ou seja, deixa de ser uma forma de intervenção política de determinadas classes para ser legitimado e institucionalizado pelo Estado, haja vista, o processo de surgimento e desenvolvimento das grandes entidades assistenciais, que também se configurou como o processo de institucionalização e legitimação do Serviço Social, mediante a solicitação do trabalho do assistente social.

Portanto, Carvalho e Iamamoto (2012) afirmam que dentro do aparelho de Estado e das grandes Instituições Assistenciais, o Serviço Social reaparece modificado, contudo, mantendo o seu caráter educativo e doutrinário de “enquadramento”, com campo de atuação específico voltado para a população

² Aguiar no livro *Serviço Social e Filosofia das origens a Araxá* (1995) afirma que as primeiras escolas de Serviço social no Brasil surgem dentro da visão da igreja. Isto é, teve emergência através de grupos que participavam dos cursos de formação social e das semanas sociais.

³ Documento de cunho doutrinário elaborado pela igreja direcionado aos fiéis.

"Rerum Novarum" (Papa Leão XIII) sobre a questão operária e *Quadragesimo anno* - uma carta encíclica do Papa Pio XI, sobre a restauração e aperfeiçoamento da ordem social.

“cliente”.

Observa-se que as institucionalizações atribuíram um sentido mais geral ao Serviço Social mediante as funções econômicas políticas e ideológicas com o intuito de beneficiar e garantir direitos da população, com caráter de organização e intervenção advindos da metodologia Norte-Americana, expresso pela influência no currículo de 1945, com as disciplinas de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade⁴.

Segundo Netto (2005) a ruptura do Serviço Social com sua relativa homogeneidade nas suas projeções interventivas tem bases na laicização do Serviço Social. Ao qual permitiu a diferenciação da categoria profissional em todos os níveis e a disputa pela hegemonia profissional em todas as instâncias. Isto é, houve nesse período o rompimento da neutralidade profissional, ou ainda, o movimento de reconceituação, expresso em toda América Latina.

Para o Serviço Social brasileiro a década de 1960 foi marcada pelo retrocesso do movimento de reconceituação, haja vista, o contexto de Ditadura Militar, e a expressividade da autocracia burguesa que desencadeou a centralização em todos os âmbitos, o desenvolvimento subalterno (industrialização tardia e latifúndios) e a exclusão de projetos democráticos. Contudo, esse movimento representou o início de reformulação global nos níveis teórico, metodológico, operativo e político, ao possibilitar o rompimento com o conservadorismo profissional e a aproximação com a defesa dos interesses da Classe Trabalhadora. Nessa direção, José Paulo Netto cita três direções principais que explicam o desvelamento do processo de renovação.

A primeira direção constituiu a adequação às exigências dos processos sócio-políticos, intitulada como perspectiva modernizadora. Ao assistente social cabia ser intermediário da burguesia e capital nacional - entre as classes, bem como integrar a classe trabalhadora ao projeto, sendo assim, agente de mudança. Configurando um perfil tecnocrático com valores tradicionais, tornando o profissional funcional ao regime.

O auge da sua formulação foram os seminários de Araxá (1967) e Teresópolis

⁴ Técnicas direcionadas ao agir profissional, portanto, o Serviço Social de Caso estudava e considerava o indivíduo como um “caso”, buscando uma solução para o problema imediato. Já o Serviço Social de Grupo buscava harmonizar os interesses do problema comum ao grupo. Por fim, o Serviço Social de Comunidade visava acelerar o processo de desenvolvimento, através de mutirões para solucionar as questões.

(1970) promovidos pelo CBCISS⁵ em Minas Gerais.

Em decorrência das discussões no seminário de Araxá, o documento elaborado tinha por objetivo discutir a teorização do Serviço Social, visando encontrar uma metodologia para se adequar ao processo de desenvolvimento, por conseguinte, seu ponto chave era discutir a realidade. Se modernizando do ponto de vista das técnicas profissionais, mas ainda apresentando sua matriz conservadora. É nessa concepção que o seminário de Teresópolis retrata a cristalização da perspectiva modernizadora, ou seja, sua consolidação, como afirma Netto, 2005. A temática central trabalhada nesse seminário foi a necessidade da criação de uma metodologia para o Serviço Social, com uma lógica pautada na intervenção da prática profissional numa perspectiva imediatista, mas articulada com a cientificidade. O papel do assistente social reduzido na posição técnico-burocrática, o Serviço Social se situando como funcionário do desenvolvimento.

Nesse sentido, esses documentos amadurecem, fortalecem e reiteram a perspectiva modernizadora.

No entanto, os seminários de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) representam o afastamento com a perspectiva modernizadora, isto é, o deslocamento da arena central. Representando o grande marco do segundo ciclo histórico do movimento de renovação do Serviço Social. Trabalhando a relação Serviço Social e cientificidade, a fenomenologia e a aproximação com a dialética.

Nesse viés há a retomada do conservadorismo marcado pela perspectiva da reatualização do conservadorismo. Os valores profissionais presentes nessa vertente eram pautados no resgate da ética cristã, no entanto, Netto (2005) afirma que há um descrédito ao positivismo, repudiando o ajustamento, bem como a recusa às vertentes crítico dialética, por isso ocorre uma aproximação natural com a inspiração da fenomenologia, com interesse de compreender o sujeito, e não de explicá-lo, através da metodologia compreensiva, com o olhar voltado ao micro, onde só seria possível a transformação social a partir do indivíduo.

A terceira direção constitui a perspectiva de intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional” ao criticar seus aportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Portanto, ao elencar que o contexto histórico do Brasil nessa época correspondia ao processo de redemocratização, ou seja, marcado pela forma

⁵ Centro Brasileiro de Cooperação Intercambio de Serviço Social.

progressista da sociedade, ou ainda, aproximação com o marxismo, o perfil profissional aparente do assistente social era o crítico.

O caráter da Intenção de ruptura é de oposição ao regime autocrático burguês, logo, um movimento das classes exploradas. Emergiu no quadro da estrutura universitária brasileira na primeira metade dos anos 1970, primeiro como prática de extensão universitária e depois como curso de pós-graduação, com o chamado método BH, tornando possíveis as experiências piloto orientadas pelos novos referenciais com estudos centrados nos problemas teóricos práticos da profissão. Constituída ainda em três momentos: emersão, consolidação acadêmica e expansão profissional.

Sua emersão corresponde ao período de 1972 até 1975. De acordo com Netto (2005), aqui os jovens brasileiros assumem a formulação brasileira da intenção de ruptura ao elaborar uma crítica teórico-prática ao tradicionalismo profissional se aproximando da tradição marxista de cunho militante. Já a consolidação acadêmica (1978 à 1983) recupera a intenção de ruptura dentro do movimento de reconceitualização por meio de trabalhos de conclusão de pós-graduação. Por fim, a expansão profissional (pós 1983) permitiu que o projeto de ruptura penetrasse nos debates de formulação profissional e revisão curricular, tendo em vista sua perspectiva emancipatória, ao aproximar o Serviço Social com a tradição marxista. Realizando uma leitura crítica da realidade por meio das contradições inerentes ao sistema capitalista posto, isto é, representando o caráter político.

Nesse contexto, Yasbek (2009) retrata que na década de 1980 a profissão amadureceu o seu campo prático-teórico, mediante a referência analítica do marxismo. Apreendendo dialeticamente a realidade e seu movimento contraditório. Houve rupturas com o tradicional conservadorismo. Os(as) assistentes sociais passaram a intervir através de seus organismos representativos, visto a reformulação das entidades representativas, ganhando assim, visibilidade na sociedade brasileira.

A lógica curricular desse período foi inovadora, superando a fragmentação do processo de ensino-aprendizado, mediante os núcleos de fundamentação embasados na formação profissional. Esta com competência teórico-metodológico, técnico-operativa e ético-política. O código de ética de 1986 representa a nova configuração societária. A ética abordada no referido código é pautada no resultado da inserção da categoria nas lutas da classe trabalhadora e da nova visão da

sociedade brasileira, refletindo a vontade coletiva.

Conforme aborda Mota et al (2006. p.149):

A primeira metade dos anos 80 assistiu à irrupção, na superfície da vida social brasileira, de demandas democráticas e populares reprimida por longo tempo. A mobilização dos trabalhadores urbanos, com o renascimento combativo da sua organização sindical; a tomada de consciência dos trabalhadores rurais e a revitalização das suas entidades representativas; o ingresso, também na cena política, de movimentos de cunho popular (por exemplo, associações de moradores) e democrático (estudantes, mulheres, “minorias” etc); a dinâmica da vida cultural, com a reativação do protagonismo de setores intelectuais; a reafirmação de uma opção democrática por segmentos da Igreja Católica e a consolidação do papel progressista desempenhado por instituições como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira da Imprensa (ABI) – tudo isso pôs na agenda da sociedade brasileira a exigência de profundas transformações políticas e sociais.

A profissão assume posições de planejamento e gestão de políticas sociais, para além de executores, pós Constituição Federal de 1988. Dessa forma, novas questões se colocam ao Serviço Social. O desafio é de compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da “questão social”. “Em síntese, na divisão social e técnica do trabalho coletivo, o assistente social vem sendo demandado como gestor e executor, de Políticas Sociais, no âmbito de organizações públicas e privadas, operando sob diversas perspectivas: da gestão social à prestação de serviços e à ação socioeducativa (e político-ideológica).” (YAZBEK, 2009, p. 15)

Contudo, a conjuntura política do Neoliberalismo dos anos de 1990, por exemplo, representou um retrocesso às lutas que vinham sendo gestadas nos anos de 1980 (movimento sindical – organização sindical; movimento estudantil; novos partidos políticos). No Brasil, o projeto Neoliberal expresso na representatividade do governo Collor e seu aprofundamento no governo de Fernando Henrique Cardoso representou a desorganização da classe trabalhadora, diante da precarização do trabalho, bem como, do desmonte dos direitos sociais. Logo, certificando as novas demandas postas a “questão social”.

Nessa direção, em 13 de Março de 1993 é aprovada a Lei 8.662 que regulamenta o Serviço Social, estabelecendo condições para o exercício profissional, e o compromisso com a sociedade civil.

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

A expressão dessa perspectiva política e teórica é exposta nas diretrizes gerais de 1996, aprovada pela ABEPSS⁶. Reformulada de forma a dialogar com a sociedade, mediante o projeto societário.

Vemos ainda a sustentação da ação profissional vinculada à defesa dos direitos sociais na garantia da cidadania e da democracia, buscando capacitar o futuro profissional para a elaboração e a execução de políticas sociais, na relação com os diferentes sujeitos sociais presentes na sociedade, numa visão crítica da relação Estado/sociedade civil. (CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves, 2016. p. 452)

Embora esse contexto Neoliberal vigente até os dias atuais apresente vários desafios para concretização/efetivação do projeto político profissional, o Serviço Social contrapõe-se à barbárie social e a desumanização posta. Este devendo qualificar o atendimento oferecido à população, viabilizar a construção e a oferta de novas políticas determinadas pela conjuntura, bem como superar a lógica produtivista presente na gestão das políticas sociais. Se legitimando profissionalmente ao se articular enquanto categoria profissional. Assumindo uma postura crítica e interventiva para o enfrentamento dessa realidade.

1.2 Serviço Social e Saúde: atuação profissional do Serviço Social na saúde

⁶ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Articula o projeto de formação em serviço social no âmbito da graduação e pós graduação. (ABEPSS)

Ao considerar o âmbito da Política de Saúde no atual contexto que a permeia, é pertinente elencar as particularidades e às determinações do cenário sócio-histórico que a conduziram ao seu modelo de proteção social. Para constituição de tal feito é imprescindível enfatizar que as Políticas Sociais eram compreendidas através de ações mínimas, portanto, a Política de Saúde como integrante da Seguridade Social (previdência, assistência e saúde), se distendeu de tal forma.

A primeira vez que o Brasil viu uma ação voltada à saúde foi na década de 1930, mediante a Lei Eloy Chaves⁷, no que se refere às CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões), entendida como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da Questão Social (POLIGNANO, 2018, p.8), ou seja, esse período é demarcado pelo início da Política de Saúde como assistência pública, privada e filantrópica.

Até a promulgação da constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental. Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender, em primeiro lugar, à procura das pessoas por assistência médica curativa. Havia, assim, uma predominância do atendimento médico individual hospitalar. As ações de saúde pública, ou seja, as chamadas ações preventivas, de caráter coletivo, não eram prioridade neste período, a não ser em momentos críticos, como por exemplo quando a população era atingida por uma epidemia ou uma catástrofe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação de Informação Educação e Comunicação, p. 7)

Fortalecendo esse discurso, Braga e Paula (1986 apud Mota [et al] 2006,p. 91) relata que as primeiras iniciativas adotadas para a saúde pública no Brasil na década de 1930 à 1940, foram:

- . Ênfase nas campanhas sanitárias;
- . Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- . Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- . Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);
- . Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

⁷ Lei aprovada pelo Congresso Nacional em 24 de Janeiro de 1923. Marco inicial da previdência social no Brasil.

Já, os anos que correspondem de 1950 à 1970 demarcam a consolidação da saúde pública, visto o modelo médico previdenciário e as grandes campanhas sanitárias nas zonas rurais, como a criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural) em 1973 e a articulação do Estado com os interesses do capital internacional via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar. (MOTA [et al.], 2016). No entanto, a grande conquista no setor saúde ocorre na superação do regime ditatorial de 1964, na conjuntura de redemocratização do país, diante do marco da Constituição Federal de 1988, ao considerar na concepção de Seguridade Social, a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, e ainda, o conceito ampliado de saúde, isto é, sua relevância pública. Vale salientar que essas medidas foram consolidadas no plano judicial devido a articulação da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁸ de 1986 que introduziu a sociedade na discussão de saúde.

Nessa direção, no que abrange a área com avanços constitucionais consideráveis, à saúde ganha evidência, haja vista, sua dimensão política articulada com a democracia, ou seja, a saúde passa a ser direito social e dever do Estado, ocasionando a universalização do acesso, como afirma Mota [et al] (2006).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi incorporado no ano de 1988 como forma de envolver todas as atividades da atenção à saúde, ou seja, um sistema de proteção e defesa que garante o direito universal e a participação da sociedade civil em sua gestão, sua implementação considerada ainda o ápice do Movimento Sanitário.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p.19)

Em suma, na prestação e defesa da saúde para complementar as bases

⁸ Realizada em Março de 1986, em Brasília. Contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas [...] os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram a dimensão com as entidades representativas da população (MOTA [et al.], 2006, p.96).

operativas do sistema público, o conjunto de duas leis foram editadas: aprovada em 19 de setembro de 1990, a lei orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”; e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”

E como forma de organização da Política de Saúde, por meio de mecanismos viáveis para sua execução pode-se citar as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Ambas utilizadas como instrumento de portaria para sua formalização determinam condições como critério de partilha de poderes para os três níveis de governo (União, Estado e Município), por meio da descentralização da gestão. Contudo, esse processo da reforma sanitária foi flexibilizado, e o SUS enfrentou desafios na sua implementação, haja vista, a conjuntura dos anos 1990 marcada pela inflexão neoliberal. O SUS, portanto, torna-se perfeito do ponto de vista estrutural, mas adverso por conta da reforma flexibilizada.

Esse contexto sendo exemplificado diante dos seus problemas, tais como: falta de informação da população, tecnologia e a falta de estrutura hospitalar, mediante a relação público e privado (o privado visa o lucro e o público a oferta de serviços, o confronto assim, instalado). Portanto, ressalva a transferência das atividades que competia ao Estado para o setor privado.

Porém, é relevante ressaltar que um dos maiores problemas do SUS é o sub financiamento crônico, tendo em vista a gestão municipal, estadual e federal.

No período pós-constituição, as disputas continuaram, tanto para assegurar o financiamento suficiente pelas três esferas de governo para o SUS e a organização dos serviços em uma rede hierarquizada e regionalizada, quanto para regular a relação público-privado no País, em decorrência da segmentação do mercado de assistência à saúde, no qual o SUS convive com um sistema privado fortemente subsidiado pelo Estado. (VIEIRA & BENEVIDES, 2016. p. 6)

O setor saúde a partir dos anos 2000 com a Emenda Constitucional 29 (EC 29) garantiu um patamar mínimo de recursos para a saúde por meio da variação

nominal do PBI (Produto Interno Bruto), contudo a legislação só se definiu em 2004. Dessa forma, é notório as dificuldades que tem sido enfrentadas para garantir os recursos necessários à manutenção do sistema, tendo em vista a omissão do governo com relação a fiscalização das ações de saúde em geral.

Dessa forma, pode-se citar a EC 95 como exemplo, visto que, só protegeria o gasto com o setor saúde se a economia brasileira permanecesse estagnada por vinte anos. Seus defensores argumentam que a redução do gasto público será compensada pelo aumento do gasto privado. Assim, o país entraria em uma rota de crescimento garantido pelo setor privado. O Estado, portanto, não garantiria os direitos sociais, entre eles, o direito à saúde, conforme Vieira e Benevides, 2016.

Observa-se o rompimento com a perspectiva da universalidade do Sistema Único de Saúde. Os princípios conquistados e incorporados na legislação são pairados pelo projeto neoliberal em curso.

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (MOTA, Ana Elisabete [et al], 2006, p.107)

Nesse período, a Política Nacional de Saúde seguiu a lógica da economia política pré-estabelecida pelo capital. O Partido do Trabalhador (PT) passou a lidar com a busca pela conciliação entre as classes, isto é, a lidar com a maior contradição e dilema que um partido de esquerda conviveria. O que ocasionou seu esgotamento, haja vista, a opção pela via parlamentar como forma de responder as demandas da classe trabalhadora e seu projeto democrático-popular. O PT, portanto, se distancia da classe trabalhadora, em detrimento da participação nos espaços políticos da burguesia. Assim, ao abandonar as bandeiras emancipatórias, as lutas de ruas recuam e a barbárie social se instaura, com frágio resistência, segundo Texeira, Mary (2018).

Nesse sentido, o é vital frisar o controle social (participação social), regulado pela lei 8.142⁹ no plano das políticas públicas, compete ao controle da sociedade civil para com as ações do Estado, por meio de um fórum de discussão que ocorre a cada quatro anos, conselhos e conferências.

A principal função da conferência é avaliar a condição de saúde e propor diretrizes para a formulação de política de saúde. Ou seja, as conferências são entendidas como consultivas, propondo fórum de discussão, e não deliberativa como condiz os conselhos permanentes de poder deliberativo na atuação da formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas instâncias, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, visto a luta pela transformação das desigualdades sociais da população. (FINKLER e RIBEIRO, 2004)

As histórias das Conferências Nacionais de Saúde da 8ª à 12ª podem ser mencionadas como exemplo de participação social, tendo em vista a participação efetiva dos segmentos da sociedade civil por meio de eixos centrais do debate. As mesas e debates centrais giravam em torno dos problemas e dificuldades na implementação do SUS.

É nítido, portanto, que na oferta da prevenção e promoção, a Política de Saúde enfrenta vários embates sócio-históricos conjunturais, justificando um dos maiores desafios enfrentados na atualidade, a busca pela efetivação dos direitos e dos princípios pautados no Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, é pertinente elencar aqui o papel desenvolvido pelo profissional do Serviço Social que busca realizar orientações gerais, mediante as respostas profissionais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde.

Contudo, é fundamental relatar que os avanços na saúde quanto ao exercício profissional desde a década de 1980 é considerado insuficiente, visto o conjunto de desafios postos ao longo da história, como mencionado no (item 1.1) desse texto.

O documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, p. 30) relata que pensar e realizar uma atuação do Serviço Social no âmbito da saúde de forma competente e crítica, consiste em:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;

⁹ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (Previdência da República, lei 8.142 de 1990)

- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Nesse viés, o trabalho do assistente social deve ser generalista, de modo que a articulação com outras categorias e segmentos, permita a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de estratégias que deslumbre a efetivação do direito social à saúde.

A atuação do assistente social em equipe possibilita a observação dos seus princípios ético-políticos, visto que, cada profissional em decorrência de sua formação capacitada, qualificada e de forma distinta atue para desempenhar suas ações. Fortalecendo a interdisciplinaridade e o reconhecimento de cada profissão na área de saúde como descrito na resolução número 218 do Conselho Nacional de Saúde.

Ao considerar essas determinações, o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010, p. 52 e 53), enfatiza as seguintes ações de articulação do assistente social na saúde:

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;

-
- identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como 54 informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos⁴¹;
- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;
- realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social.

O assistente social deve preservar sua identidade profissional, assim partilhando, dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético-político, atuando numa perspectiva que possibilite a leitura da realidade, bem como a capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários, contribuindo com o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos, tornando-os protagonistas de suas histórias, transformando, inclusive, a realidade por meio da inscrição de reivindicações na agenda pública de saúde, visto a mobilização, participação e controle social.

CAPÍTULO II - O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL NO CONTEXTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo atentou-se por abordar os elementos históricos do Planejamento Familiar, bem como uma análise do aparato legal que regulamenta essa política, no intuito de retratar os direitos conquistados.

De início foi realizado um panorama acerca da constituição do Planejamento Familiar, tendo em vista a cultura pró-natalista do Brasil no período colonial, perpassando a influência dos Estados Unidos com o chamado controle de natalidade, teoria advinda de Thomas Robert Malthus (1766-1834), até a compreensão do Planejamento Familiar como direito de todo cidadão superando os valores éticos-cistões, contudo, encarando alguns desafios conjunturais. Em virtude desses desafios procurou-se analisar todo o aparato legal que regulamenta o Planejamento Familiar, elencando a perspectiva de política social e direito, pautados no princípio da dignidade da pessoa humana.

2.1 Elementos Históricos do Planejamento Familiar no Brasil

No Brasil existia uma cultura pro-natalista que perdurou do período colonial até o republicano, visto o incentivo às famílias numerosas. Essa cultura era embasada pelo pensamento da religião e da medicina, ambos na perspectiva da moral e doutrina, sobretudo no controle do corpo da mulher. Logo, a religião cabia o cuidado da alma, e a medicina o cuidado do corpo. Portanto, a autônoma feminina era algo contestável.

Assim, é imprescindível salientar que o viés dessa cultura sustentada por um longo período, é influenciada pelo pensamento de Aristotéles, tendo em vista a sua concepção de mulher como receptáculo. Portanto, confere que à mulher, era atribuído o papel social de reprodutora, com incentivo a fecundidade, aqui, o sexo sendo vinculado a procriação.

É com a influência internacional que o pensamento controlista no âmbito social surge no Brasil. Os Estados Unidos (EUA) implementaram uma política de ajuda aos países latino-americanos, embasada nos aspectos econômicos, porém só concebia tal ajuda se o país adotasse programas e estratégias voltados para a redução do crescimento demográfico.

O economista Britânico Thomas Robert Malthus (1766-1834), considerado o pai da demografia, aborda essa teoria, tendo em vista que o caráter econômico terá forte influência nas ações políticas de controle populacional, ao justificar o crescimento econômico e o próprio desenvolvimento, pela intervenção do crescimento demográfico.

Malthus aborda que o crescimento populacional superaria a oferta de alimentos. E como consequência desse quantitativo populacional a fome e a miséria se instalariam no mundo todo. Assim, apresenta o controle de natalidade, a qual atribui à definição de "controle moral", destinados apenas aos mais pobres. Esse controle de natalidade sendo compreendido ainda, como o adiamento de casamentos e abstinência sexual. Portanto, aqui vale a ressalva, que é diante dessa concepção religiosa que o mesmo não considerava os métodos contraceptivos.

No Brasil especificamente, os anticoncepcionais só passaram a ter livre acesso de mercado no final da década de 1960, mediante o controle do crescimento populacional dos países subdesenvolvidos. No entanto, nesse período não existia uma assistência adequada, o que ocorreu foi apenas uma dissociação entre sexualidade e procriação. Assim, pode-se verificar ainda nesse período, o retrato da concepção moral, estabelecida pela igreja, um pensamento que perdurou durante muito tempo na sociedade.

Diante da concepção da ausência de uma assistência adequada, ou ainda, da falta de políticas públicas destinadas à saúde reprodutiva, José Eustáquio, professor da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ENCE/IBGE), relata a criação da Sociedade de Bem-estar da Família – BEMFAM na década de 1965, pelo governo. Embora financiada por entidades internacionais de interesses controlistas, facilitou o acesso das mulheres as pílulas, por meio da distribuição gratuita.

Esse mesmo autor aborda que o planejamento familiar só passou a ser considerado com um direito de todo cidadão a partir da Conferência Mundial de População de Bucareste, de 1974, cabendo ao governo divulgar informações sobre contracepção, que na prática não se efetivou. Dessa forma, a primeira ação estatal no sentido de oferecer um planejamento familiar só ocorreu com a criação do Programa de Saúde Materno-infantil em 1975. Até então, todo esse cenário era embasado em valores éticos-cristãos, e na moral.

Todavia, o Programa de Saúde Materno-infantil foi criticado, porque pensava a saúde da mulher apenas em seu escopo materno. Portanto, observa-se que até a década de 1980 o debate sobre a reprodução humana era centrado na cultura natalista tradicional e no neomalthusianismo (controle demográfico).

Foi na efervescência dos anos 1980, marcado pela redemocratização do país, ou seja, no contexto de manifestações e reivindicações de políticas sociais, diante das lutas expressas pelos movimentos sociais, com especificidade do movimento feminista que o debate sobre o planejamento familiar na noção de uma política ampla de saúde reprodutiva passou a ser visto com um direito social e decisão ética individual.

O Ministério da saúde em parceria com alguns movimentos sociais, tais como: o movimento feminista, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, por meio dos princípios e diretrizes. Assim, propõe condições de humanização e qualidade de atendimento, ao relatar a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher. O que resultou na formulação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1984. Objetivando atender a mulher através de atividades de assistência integral, clínico-ginecológica e educativa, concebendo o aprimoramento da prevenção e promoção da saúde.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p. 17)

O PAISM demarca, portanto, um novo perfil de políticas públicas voltadas às mulheres até pelo contexto do papel social que as mesmas desenvolviam dentro dos padrões hegemônicos da masculinidade e feminilidade. Os movimentos feministas afirmavam assim, que essa desigualdade refletia diretamente em problemas de saúde para a população feminina.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. ((MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p. 59)

Portanto, no processo de reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos, a humanização e a qualificação da saúde são imprescindíveis, haja vista, a resolução da demanda e a ampliação dos serviços prestados ao público, ao focar na integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores.

Em seu artigo José Eustáquio (2010), reforça esse contexto da década de 1980 ao aborda que:

Em 1983, foi criada uma outra CPI para investigar os problemas vinculados ao aumento populacional, no contexto da crise econômica de 1981-1983. Houve um consenso de que não deveria haver controle coercitivo da fecundidade no país e que a disponibilidade de métodos contraceptivos deveria ser considerada um direito de todo cidadão, sendo um dever do Estado ofertá-los via o sistema de saúde. Desta forma, foi com base nos conceitos fundadores do PAISM que o governo brasileiro elaborou a sua posição oficial na Conferência Internacional de População do México, em 1984.

Esse contexto demandou debates, que proporcionou a elaboração da redação da Constituição Federal de 1988, no que tange ao planejamento familiar. No artigo 226, o planejamento familiar fundado no princípio da dignidade humana, é considerado como uma decisão livre do casal, cabendo ao Estado fornecer assistência adequada, através de recursos educativos e científicos. (SENADO, art. 226)

Como forma de regulamentar o § 7º do artigo 226, em 1996 o Congresso Nacional aprovou a Lei 9.263, proibindo qualquer medida coercitiva, ao garantir o acesso igualitário das informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, com ações desenvolvidas por instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não. Essa lei do planejamento familiar contou com o aporte do conceito de Direitos Reprodutivos, aprovado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD)¹⁰, em 1994.

Nessa direção, para estabelecer normas de funcionamento para execução do planejamento familiar pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, haja vista, o reconhecimento que a população pobre tem menos acesso aos métodos de regulação da fecundidade, o Ministério da Saúde divulga a portaria nº 048, ao considerar e regulamentar o artigo 10 da lei 9.263 de 12 Janeiro de 1996.

De acordo com a portaria Nº 48, de 11 de Fevereiro de 1999 a esterização voluntária é permitida sob as seguintes condições:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.

II – em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III – a esterilização cirúrgica como método contraceptivo será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.

IV – será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Ainda nessa linha de atuação, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, lançou em 2005 a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Entre as propostas de ações estabelecidas pelo Ministério de Saúde de 2005 à 2007 nessa política, pode-se citar:

a) Inclusão dos métodos anticoncepcionais no elenco de medicamentos/insumos para a atenção básica, no grupo que será de responsabilidade do nível federal para aquisição;

b) Aquisição para cobrir progressivamente 100% da necessidade para os 5.561 municípios da federação dos seguintes métodos: pílula combinada de baixa dosagem e pílula só de progesterona (minipílula);

c) Aquisição para 5.223 municípios da federação, os municípios que até março/2004 possuíam ou equipes de Saúde da Família cadastradas ou estavam aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), dos seguintes métodos: pílula anticoncepcional de emergência, anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional injetável trimestral;

d) Aquisição do DIU e do diafragma para cobrir progressivamente 100% da necessidade, inicialmente, para 1.200 municípios da federação em 2005, prevendo-se incremento de aproximadamente 350 municípios/ano, para os anos de 2006 e 2007. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pág. 13 e 14)

O governo Federal lança a “Política Nacional de Planejamento Familiar”, em 2007, possibilitando o acesso da população aos anticoncepcionais por meio da distribuição nas Unidades Básicas de Saúde e pela venda nas farmácias por um preço acessível, segundo Ramos (2005). Observa-se que essa “política de distribuição de meios anticoncepcionais” aprovada em 2007, constitui atualmente o planejamento familiar na perspectiva do direito, ao possibilitar que as pessoas possam intervir se assim desejarem para separar o exercício da sexualidade, da

¹⁰ Foi o maior evento de porte internacional sobre temas populacionais jamais realizado. Contribuíram para seu êxito e impacto [...] A partir da CIPD, as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. (PATRIOTA, Taina. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento)

função reprodutiva, considerando os meios e as informações disponíveis. Contudo, só o acesso a esses métodos não garante a efetividade da política de planejamento familiar, é necessário que essa temática seja discutida a nível educacional, integrando educação e saúde.

Desse modo, em 2008 essa discussão do planejamento familiar pôde adentrar as escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a integração e articulação permanente da educação e saúde. Esse programa objetivava discutir a temática envolta da gravidez indesejada. Assim, ao integrar essa estratégia das políticas setoriais o programa em questão se propõe:

(1) trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;

(2) permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e

(3) promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública. (Ministério da Educação. Programa Saúde nas Escolas)

O Ministério da Saúde foi o grande responsável por essas iniciativas de difusão do planejamento familiar dando visibilidade a política por meio da criação de programas e estratégias com pautas sempre voltadas ao acesso da população aos mecanismos postos em lei. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde compreendendo o órgão competente para normatizar tais programas, ações e serviços, no seu artigo 3, parágrafo único, inciso I da lei retrata todas as atividades básicas a serem desenvolvidas pelo SUS em todos os níveis no que diz respeito a atenção à mulher, ao homem, ou ao casal através da assistência a concepção e contracepção.

Entretanto, Maria Aparecida Rodrigues (2008) coloca que muitos são os desafios para a efetividade do planejamento familiar. Um deles é a inserção do homem, na discussão e na participação do planejamento familiar através da sua importância na formulação das estratégias familiares. Bem como, o fator educacional já abordado aqui, que possibilita a realização de uma escolha reprodutiva. No entanto, a autora vai além na sua análise ao elucidar a necessidade de um sistema de saúde democrático, universal e com recursos financeiros definidos e coerentes.

Além disso, é imprescindível salientar a importância do Estado na prestação de ações e serviços relacionados ao direito fundamental do planejamento familiar assegurado pelo art. 226 da Constituição Federal. Fazendo refutar no próximo tópico a análise de todo o aparato legal que regulamenta o Planejamento Familiar.

2.2 Análise do aparato legal que regulamenta o Planejamento Familiar: política social e direito

O planejamento familiar fundado no princípio da dignidade da pessoa humana, isto é, o reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos, só passou a ser regulamentado através da elaboração da redação da Constituição Federal de 1988.

O texto constitucional no § 7 elucida:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Nessa direção, como forma de regulamentar o inciso 7 do artigo 226, mencionado anteriormente, em 1996 o Congresso Nacional aprovou a lei 9.263. E no que se refere ao planejamento familiar à lei retrata os seguintes artigos:

Art. 1º o planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta lei.

Art. 2º para fins desta lei entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal dentro de uma visão global e integral à saúde.

Nos artigos seguintes a legislação 9.263 de 1996 expõe a garantia de acesso igualitário a informação, meios, métodos e técnicas disponíveis, bem como, explana o papel do Estado direcionado pelo Sistema Único de Saúde ao promover condições e recursos que assegurem o exercício livre do planejamento familiar.

No entanto, é imprescindível ressaltar que o exercício do direito ao planejamento familiar implica condições cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde.

Art.10. somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes condições:

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito do risco da cirurgia, possíveis efeitos colaterais e, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes

§ 2º É vedado a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas e estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

O desacordo com o que estabelece o artigo 10 citado anteriormente pode acarretar na reclusão de dois a oito anos. Salientando que ao Sistema Único de Saúde compete a notificação compulsória, guardando, portanto, o seu nível de competência e atribuições.

Nessas condições, ao referenciar o Sistema Único de Saúde e no que diz respeito aos avanços na legislação, Elsa Berquó e Suzana Cavenaghi (2003) abordam que dentro de escopo maior da legislação, a portaria 144 do Ministério da Saúde foi aprovada, criando um código de procedimento cirúrgico que permite que o sistema público de saúde pague pela realização da laqueadura tubária, bem como a vasectomia.

Posteriormente, por meio da portaria 48 de 11 de fevereiro de 1999, houve um detalhamento de maneira a possibilitar a operacionalização das equipes de saúde em sua assistência quanto à esterilização no ato do parto.

A maior modificação apresentada nesta portaria foi a proibição da realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e casos onde a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para mulher. Assim, são criados mais quatro novos códigos de procedimentos cirúrgicos pagos pelo SUS para realização de “cesariana com laqueadura tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores”, não tem muitos esclarecimentos sobre as diferenças entre eles, aparentemente para grupos de riscos distintos: (1) risco de vida; (2) risco de vida com atendimento ao recém-nascido na sala de parto; (3) risco de vida em hospitais amigos da criança e (4) em gestante de alto risco. (BERQUÓ e CAVENAGHI 2003)

Diante dos expostos, observa-se que mesmo com todo esse aparato legal regulamentando o direito à liberdade sexual, a materialização do mesmo dar-se de forma arbitrária, ou seja, ainda existe uma lacuna a respeito do direito à liberdade sexual, tendo em vista que o tema trabalhado é de cunho recente comparado aos direitos primitivos (que ainda assim são violados).

A constituição Federal de 1998 elucida no artigo 5º:

Artigo 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações nos termos desta constituição [...]

Nesse viés, é necessário abordar que entende-se o direito à liberdade reprodutiva como o acesso às informações, meios, métodos e técnicas. A sexualidade e a reprodução sendo exercidas livres de imposições, discriminação e violência.

Contudo, a efetividade desse direito é constantemente violada, visto as grandes inflexões sofridas pela sociedade, seja pela conjuntura Neoliberal que visa o mínimo para o social, privatizando os bens e serviços, não ofertando políticas sociais devidas e/ou pela atuação dos profissionais da área, que dificultam o acesso dos usuários aos serviços disponíveis por falta de capacitação na área. Como exemplo, a divergência de interpretação, por parte de alguns profissionais, acerca da lei 9.263/1999 o que por sua vez inviabiliza a efetivação do direito garantido por lei da esterilização, tanto para mulheres quanto para homens. Inclusive acerca da exigência de atendimento a dois critérios e não um ou outro, conforme consta na lei (maior que 25 anos de idade ou ter ao menos dois filhos vivos).

Como exemplo da oferta de políticas sociais, pode-se citar o recente posicionamento do Governo através do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MDH) e da Saúde ao defender abstinência sexual como forma de evitar a gravidez precoce entre os adolescentes, isto é, criando políticas sociais sem ter noção da realidade posta, sem a compreensão da totalidade, direcionando a política social como uma medida paliativa.

Em consonância com o parágrafo acima a respeito do papel do Estado Marx (Alemanha, 1818-1883) aborda que as condições materiais de uma sociedade são a base de sua estrutura social e da consciência humana. Assim, diante dos conflitos advindos das relações sociais da sociedade, o Estado funciona como um administrador. O controle social entendido aqui como exclusivo do Estado sobre os membros da sociedade com a finalidade de garantir a reprodução e a ordem do capital.

Dessa forma, é importante resgatar o entendimento de que as primeiras iniciativas reconhecíveis de Políticas Sociais foram gestadas na confluência dos movimentos capitalistas com relação a sua intervenção no conflito de classes, porém, de forma contraditória ao abarcar o cenário dos movimentos sociais nui a classe trabalhadora e perpassar o Estado. Este de forma discrepante, haja vista, a unidade de interesses diversos, ligados a disputa de poder e correlação de forças e visões de mundo diferentes.

No entanto, para o entendimento da Política Social se faz necessário o conhecimento da historicidade, tendo em vista a formação social brasileira da particularidade de padrão civilizatório, desigualdade regional e a urbção acelerada, intervirem diretamente nas ações/medidas tomadas, visto o levantamento de algumas teses conservadoras para justificar a desigualdade existente e a atuação do Estado. Teses estas, de naturalização, culpabilização e criminalização, envolta da designação de “patologia social.”

As Políticas Sociais compreendidas nesse contexto, como medidas paliativas, através de práticas de caridade, e irmandades de misericórdia, (as Santas Casas \de Misericórdia) bem como, a filantropia higiênica no que abrange a prevenção, segregação e tutela, na prática do ideário de reforma moral e saneadora.

Em contrapartida, no delineamento da década de 1980 as Políticas Sociais são concebidas na concepção de Direitos Sociais, principalmente no já mencionado marco histórico da Constituição Federal de 1988, com objetivo da universalidade, do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, e da participação social.

Todavia, como relatado nos itens anteriores à década de 1980 abrange um grande cenário de crise, esta inerente ao modo de produção capitalista, com grande incidência na classe trabalhadora. A julgar que o cenário de crise é utilizado para justificar as reformas estruturais desse período com a implementação da estratégia neoliberal na perspectiva de garantir o máximo para o capital e o mínimo para o social, ou seja, a intervenção estatal na economia, sem garantir bens e serviços ao trabalhador, atingindo diretamente a seguridade social (saúde, assistência e previdência).

Segundo Laurell (2009) as orientações do ideário neoliberal sobre as Políticas Sociais eram vistas através das diretrizes de privatização dos serviços, cortes dos gastos sociais, focalização dos gastos públicos e descentralização em todos os níveis, tendo como pilar a eficácia, eficiência e efetividade, indo de encontro com o que estar posto na Constituição Federal de 1988 na concepção da universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços.

Vê-se assim, o desmonte dos direitos a partir da perspectiva neoliberal, no que tange a privatização de bens e serviços. As políticas sociais sendo mercantilizadas. Não admite, portanto, o conceito de direitos sociais. O setor público sendo transferido para o privado, o Estado sendo desresponsabilizado e o mercado regulamentado, bem como o incentivo a competição e ao individualismo, características específicas da sociedade capitalista.

Nesse contexto, pode-se verificar a retomada de práticas de cunho conservador no que abrange a proteção social, visto a dualidade do setor público e privado, programas compensatórios, reforma e tentativa de destruição dos benefícios, através das tendências de focalização (restringindo o acesso as políticas sociais), a seletividade, e a assistencialização, ou seja, o avanço do assistencialismo, no prisma da despolitização no enfrentamento da questão social, a reatualização da moralização da pobreza.

Portanto, diante dessa dimensão de regressão, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em Junho de 2009, dispõe princípios básicos de cidadania, permitindo que o cidadão conheça seus direitos e deveres na oferta de serviços na área de saúde, possibilitando a participação social.

São esses os princípios:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimentos que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Observa-se que assegurar o direito reprodutivo por meio de políticas sociais que legitime a lei 9.263 na atual conjuntura é uma tarefa difícil, visto o retrocesso e os ataques a seguridade social. Todavia, é necessário enfatizar que a sociedade compete o controle social ao legalizar por meio da fiscalização os atos da administração pública para o atendimento aos direitos sociais de forma igualitária, exercendo a justiça social.

CAPÍTULO III – ANÁLISE DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Neste capítulo serão analisados os resultados da pesquisa de campo, realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley no serviço de Planejamento Familiar. Portanto, o capítulo abarca a caracterização do local da pesquisa com o intuito de destrinchar os dados de informação, ao considerar o objetivo de analisar a atuação profissional do Assistente Social a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do serviço de Planejamento Familiar.

Portanto, tendo em vista esse objetivo, foram elaborados dois questionários, um direcionado para os usuários do serviço e o outro para as profissionais do Serviço Social que atuam no Planejamento Familiar.

3.1 Lócus da Pesquisa (HULW)

O Hospital Universitário Lauro Wanderley fundado em 1980, situado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Bairro Castelo Branco/João Pessoa-PB é conceituado como referência da atenção à saúde no estado da Paraíba com integração do ensino, pesquisa e assistência, através das linhas de cuidado.

De acordo com a plataforma online do HULW o mesmo possui 80 consultórios com 12 mil atendimentos e 25 mil exames laboratoriais realizados por mês, 220 leitos ativos, e 10 laboratórios. Dispõe de cerca de 1.618 servidores, sendo vinculados pelo Regime Jurídico Único (RJU), 867 colaboradores, e 751 contratados através de concurso público da EBSEH, possui ainda apoio de 335 servidores terceirizados para realização de atividades-meio. (EBSEH, Hospital Universitário Lauro Wanderley)

O Hospital é dividido em duas áreas: ambulatorial e hospitalar, com colegiado executivo, mediante o conselho consultivo e auditoria, envolto das três gerências: atenção à saúde; ensino e pesquisa; e administrativa. Se constitui numa autarquia do setor público, pertencente à Universidade Federal da Paraíba, gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH com atuação participativa, no sentido de modernizar a gestão do hospital ao ser capaz de atender as três gerências.

Nessa direção é pertinente salientar que em 2011, a Presidente da República, Dilma Rousseff assinou a Lei 12.550 autorizando a criação da EBSEH como empresa estatal vinculada ao MEC, mas com características de direito privado. Assim, os HUs ganham um novo formato, ao serem pressionados a fazerem a adesão como única saída para solução dos seus problemas funcionais, visto que, o governo considerava os hospitais universitários dispendiosos para a administração, segundo Freitas (2016).

A empresa veio com a missão de prestar uma atenção de qualidade a saúde integral, exclusivamente no âmbito do SUS. Todavia, retirará do Sistema Único de Saúde seu caráter de promoção, prevenção e assistência integral aos usuários, pois a lógica de atendimento de mercado irá prevalecer, tendo em vista a desvinculação de diversos profissionais de saúde e a flexibilização dos contratos de trabalho futuros.

É importante lembrar que, já no início da década de noventa, o Banco Mundial, entendeu que a saúde poderia ser um mercado a ser explorado pelo capital e propôs a reforma do Estado e, nela, a implantação de um novo sistema de saúde, para o Brasil, começando pela redução de investimentos nos hospitais públicos terciários, mas dando incentivos a iniciativa privada com subsídios públicos. É a política do Estado Mínimo do Governo e o incentivo a privatização (FREITAS, 2016, p.22)

Nessa direção, pode-se observar que a empresa está gestada na lógica de uma conjuntura prolongada de ajuste fiscal para a incessante busca de recursos privados com discurso da sobrevivência de uma empresa "estatal". Se opondo a Constituição de 1998 e as leis orgânicas da Saúde ao não possuir mecanismos democráticos de gestão, eleição de gestores e conselhos deliberativos paritários.

Ensino, assistência e pesquisa de acordo com as necessidades da população e os interesses nacionais, hoje já atacados de muitos lados se tornaram completas quimeras em face das premências de formatação de planos de negócios que permitam aos hospitais universitários se autofinanciar numa conjuntura de contenção de gastos públicos e crise econômica internacional. É gerado outro poder econômico dentro da universidade, a conspurcar seus frágeis mecanismos democráticos e autonomia universitária, que é um princípio existente desde a criação das universidades nos países ocidentais. (ANDREAZZI, p.282)

Vê-se assim, que a EBSEH é a maior ameaça até hoje perpetrada contra o caráter público dos hospitais universitários, visto a acelerada mercantilização da atenção à saúde, subordinada aos interesses dos grandes capitais.

Entretanto, o Hospital escola possui a missão de promover qualidade da atenção à saúde ao conceder estratégias e ações para a segurança do paciente, ao reduzir danos desnecessários associados ao cuidado de saúde. Assim,

O HULW oferece as especializações Latu-Sensu em Residência Médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia e Terapia Intensiva e Doenças Infecto-Contagiosas além de disponibilizar campo de prática na profissionalização dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Comunicação Social entre outros. Ele é formado por uma única unidade dividida em duas áreas: Ambulatorial e hospitalar. (EBSEH; Hospital Universitario Lauro wanderley)

Um importante aspecto a destacar é o grande potencial do HULW para realização de pesquisas. Estas, em sua grande maioria, por iniciativas individuais, o que explica o não apoio financeiro e estrutural para seu desenvolvimento. Na mesma perspectiva, há dificuldade da integração ensino, pesquisa e a assistência, visto as diferentes perspectivas dos atores envolvidos nessa integração.

Porém, vale salientar que o Hospital Universitário é uma instituição de saúde consolidada na rede, portanto, indispensável na contribuição social da assistência, da pesquisa e da formação profissional. Com atendimento predominantemente voltado as pessoas provenientes da periferia da capital e do interior do Estado,

além das cidades e Estados vizinhos, via procedimentos marcados através da Central de Regulação dos municípios ou por demandas espontâneas, o que dificulta a execução do acesso regulado.

Dessa forma, o Hospital-escola visa compromisso com a comunidade, visto a assistência integral, humanizada e ética. Além de promover no âmbito multiprofissional a ampliação do saber, ao propor e implementar metodologias e instrumentos voltados aos processos organizacionais, gestados assim, pelos princípios e diretrizes do SUS no atendimento de média e alta complexidade.

3.1.1 Espaço profissional do Serviço Social no HULW e a Introdução do Planejamento Familiar

O Serviço Social foi incorporado no Hospital Universitário Lauro Wanderley em 1979. No entanto, a década de 1990 é considerada um marco para o Serviço Social do hospital, mediante a formação do grupo de estudo que resultou na elaboração e execução da sua proposta pedagógica para o norteamento do exercício profissional. Dessa forma, redimensiona suas concepções teórico-metodológicas e seus instrumentos técnico-operativos para responder as demandas dos usuários da instituição, conforme o Manual Operacional (2015).

Em 2004, com a revisão do regime interno do Hospital Universitário Lauro Wanderley, o Serviço Social passou a categoria de divisão. Isso resultou na necessidade de rever a prática profissional, portanto, revisou o Manual Operacional para a atualização do desempenho profissional.

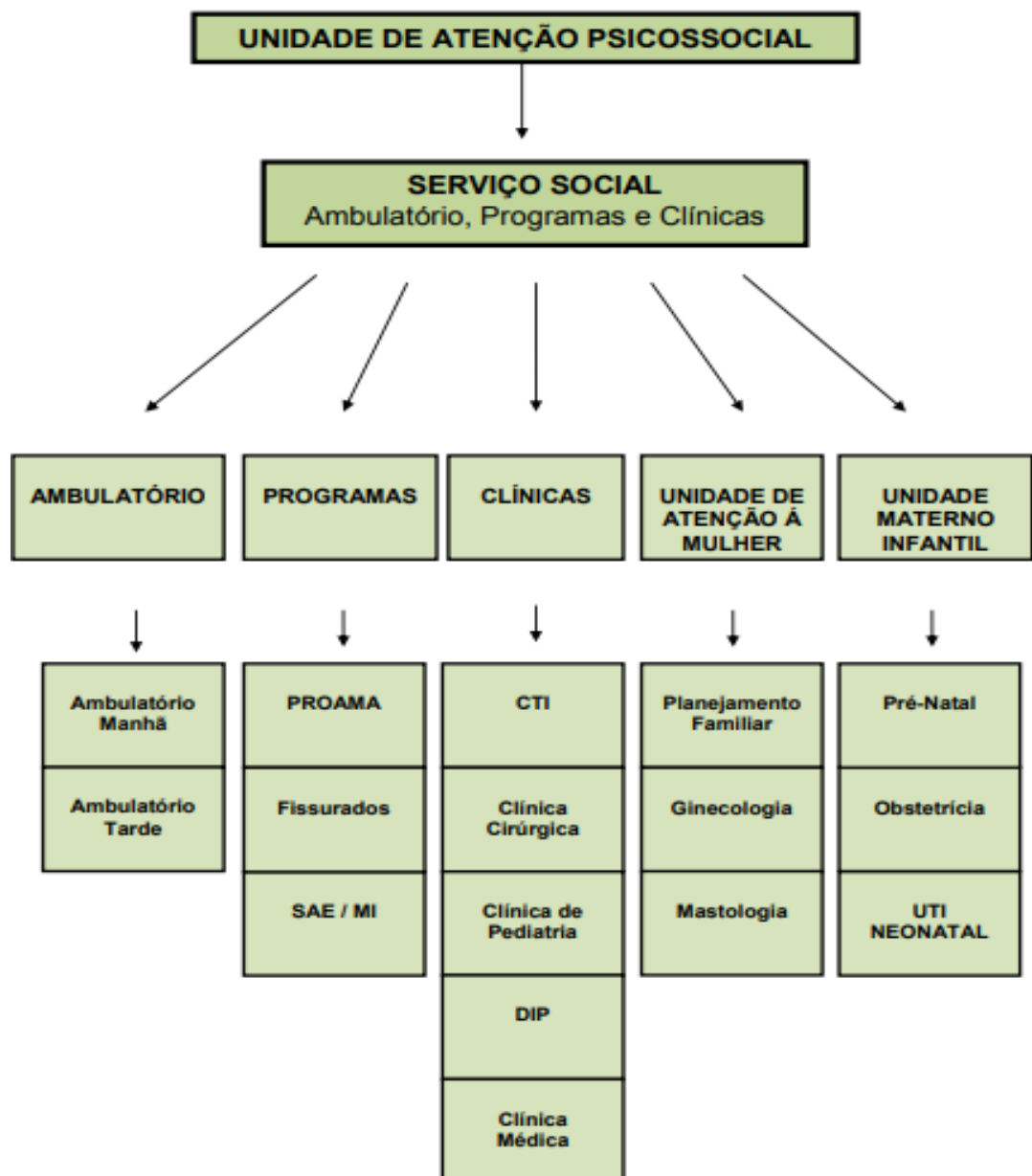
O Manual Operacional pretende revelar a especificidade do Serviço Social na instituição, através da definição de seus objetivos, competências e procedimentos, aspectos estes que orientam a prática do Serviço Social e de outros serviços que interagem com a dinâmica do trabalho desenvolvido pela Divisão. (MANUAL OPERACIONAL, 2015, p.4)

Portanto, o trabalho voltado à prática ideopolítica desenvolvido pelo Assistente Social dentro do contexto hospitalar abarca várias ações que implicam diretamente na luta pelos direitos dos usuários fundamentados no Projeto Ético-Político da Profissão, bem como no Código de Ética Profissional, na Lei 8.662 que regulamenta a profissão, nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (LEI 8.080).

Nesse sentido, o Serviço Social democratiza as informações para facilitar o acesso dos usuários aos serviços; humaniza as relações sociais; articula a relação multiprofissional e interprofissional para atender integralmente os usuários; realiza estudos e pesquisas. Portanto, considera a visão de mundo, valores e hábitos dos usuários e dos outros autores institucionais.

Na unidade de atenção psicossocial, o Serviço Social do HULW atua no ambulatório, programas, clínicas, unidade de atenção à mulher e a unidade materno infantil. Como expresso na figura abaixo:

Setores de Atuação das Assistentes Sociais do HULW



No entanto, o enfoque corresponderá à unidade de atenção à mulher, na perspectiva do planejamento familiar, visto a sua verticalidade que perpassa a ginecologia, urologia e a mastologia via encaminhamentos internos.

O planejamento familiar dentro da Linha de Atenção à Saúde da Mulher tem por objetivo a prevenção e promoção da saúde, como disposto pela Lei 9.263 de 1996 é um direito de todo cidadão. Assim, garante o acesso igualitário das informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, com ações desenvolvidas por instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não como já referido no capítulo 2.

Cabe ao Assistente Social do Planejamento Familiar do Hospital Universitário acolher e escutar de forma qualificada o usuário; realizar orientações e/ou aconselhamento sobre os métodos contraceptivos ou algo relacionado à área, através do contato familiar ou não; abrir o protocolo do termo de consentimento para realização dos métodos contraceptivos (DIU, Laqueadura, Vasectomia). Nesse contexto, é necessária a realização da entrevista social para levantar dados referentes ao contexto socioeconômico do usuário, bem como dar o parecer favorável ou não de acordo com o que dispõe a Lei 9.263/1999 que regulamenta o planejamento familiar.

Na perspectiva da equipe multiprofissional, ou intraprofissional o relacionamento ocorre por contato direto na dimensão das reuniões/atividades mediante solicitação ou imediatez. Cabe ainda ao Assistente Social do planejamento familiar supervisionar estágio e registrar as ações desenvolvidas durante o expediente de trabalho nos instrumentos do Serviço Social.

No que abrange o público do planejamento familiar, este é constituído por homens e mulheres, no entanto, há uma grande predominância da figura feminina, com idade variada.

É diante desse contexto da estrutura profissional, no que abrange os instrumentos teórico-metodológicos e técnico-operativos que o próximo item desse capítulo constará uma análise da atuação profissional do assistente social no serviço de planejamento familiar por meio da visão dos usuário e das profissionais desse serviço.

3.2 Atuação do Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW (sob a perspectiva dos usuários e das profissionais)

3.2.1 Dados pessoais dos usuários (Perfil Sócio Econômico-Cultural)

Dados de identificação dos(as) entrevistados(as) no serviço de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley quanto ao sexo

Tabela 01- Entrevistados quanto ao sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	6	33,33
Feminino	12	66,67
Total	18	100,00

Fonte: Dados primários, João Pessoa-PB/2020.

De acordo com a tabela 01, observa-se que, na amostra pesquisada, a parcela de usuários do sexo masculino, corresponde a (33,33%), enquanto a maioria significativa dos(as) usuários entrevistados(as) são do sexo feminino (66,67%).

Conforme a descrição dados de análise, identificação dos (as) os(as) usuários(as) entrevistados(as), no serviço de Planejamento Familiar no Hospital Universitário Lauro Wanderley elencados acima, pode-se observar que o grande quantitativo de usuários correspondem a variável do sexo Feminino, tendo em vista a distribuição do público alvo conforme a oferta dos serviços (DIU, Esterilização Cirúrgica- Laqueadura e Vasectomia), ou seja, o quantitativo de entrevistados foi distribuído igualmente para os serviços que abrangem o Planejamento Familiar, e considerando que o DIU e a Laqueadura requerem a participação das mulheres, justifica assim, o percentual da sua participação significativa nesse serviço.

Embora esse percentual mínimo da variável do sexo masculino seja justificado pela distribuição dos entrevistados conforme a oferta de serviços, é imprescindível salientar aqui, a fala de Maria Aparecida Rodrigues (2008), ao colocar que a inserção do homem, na discussão e na participação do planejamento familiar através da sua importância na formulação das estratégias familiares, ainda é um dos grandes desafios para a efetividade do serviço, ou seja, existe uma lacuna da inserção do público masculino no debate da saúde reprodutiva.

Dados de análise, identificação dos(as) usuários(as) entrevistados(as), no serviço de Planejamento Familiar no Hospital Universitário Lauro Wanderley referente a faixa etária.

Tabela 02- faixa etária

Idade	Quantidade	%
18-38	17	99,44
39-59	1	5,56
Total	18	100

Fonte: Dados primários, João Pessoa-PB/2020.

De acordo com a tabela 02 observa-se que na amostra pesquisada a maioria ampla dos(as) usuários entrevistados(as) correspondem a faixa etária de 18-38 anos (99,44%), enquanto a minoria dos usuários representa a faixa etária de 39-59, o que corresponde a (5,56%).

Dados de análise, identificação dos(as) usuários(as) entrevistados(as), no serviço de Planejamento Familiar no Hospital Universitário Lauro Wanderley, referente a identificação escolaridade, João pessoa/PB: 2020

Tabela 3- níveis de escolaridade dos entrevistados

Escolaridade	Quantidade	Porcentagem (%)
Fundamental I	1	5,56
Fundamental II	1	5,56
Ensino Médio completo	12	66,67
Superior Completo	4	22,22
Nº de Participantes	18	100

Fonte: Dados primários, João Pessoa-PB/2020.

De acordo com a tabela 03 observa-se que na amostra pesquisada a maioria significativa dos(as) usuários entrevistados(as) possuem o Ensino Médio Completo (66,67%), enquanto os demais, os graus de escolaridade estão distribuídos entre Fundamental I, Fundamental II e Superior Completo.

Dados de análise, identificação dos (as) os(as) usuários(as) entrevistados(as), no serviço de Planejamento Familiar no Hospital Universitário Lauro Wanderley, referente a identificação renda salarial.

Tabela 4- Renda Salarial

Média de Renda	Quantidade	%
Desempregado(a)	4	22,22
De 01 a 03 salários mínimos	10	55,56
Acima de 03 salários mínimos	1	5,56
Outros(Programa Bolsa Família)	3	16,67
Total	18	100

Fonte: Dados primários, João Pessoa-PB/2020.

De acordo com a tabela 04 observa-se que na amostra pesquisada a maioria significativa (55,56%) dos(as) usuários entrevistados(as) possuem uma média salarial correspondente de 01 a 03 salários mínimos, enquanto os demais percentuais estão distribuídos entre os usuários que ganham acima de 03 salários mínimos, os que possuem renda através de Programas ou Benefícios como o Bolsa Família e ainda um percentual representativo de usuários desempregados.

3.2.2 Análise da concepção do Serviço Social no serviço de Planejamento familiar sob a perspectiva dos usuários

Nos dados de especificação, o primeiro questionamento realizado a respeito da compreensão acerca do Serviço Social foi referente da concepção dos usuários sobre a profissão.

A partir dos conceitos apresentados, prevaleceu³ **em 6, a visão relacionada ao termo “ajuda” e “apoio”** o que remete a primeira concepção da profissão em meados da década de 1930 e 1940, onde o Serviço Social era pautado pela filantropia e caridade, visto que no Brasil o referido, é fruto da ação desenvolvida pela Igreja no campo social, como afirma Aguiar (1995).

Apoio inicial [...] e precário no sentido de estrutura (Entrevistado B, grifo nosso)

Ajuda as pessoas (Entrevistado H, grifo nosso)

Ajudar o próximo na questão hospitalar, PSF [...] ajudar o próximo que necessita naquela área. (Entrevistado K, grifo nosso)

Contudo, apenas 3 (dois) entrevistados (16,67%) elucidaram **não saber o que é o Serviço Social**:

Não sei informar (Entrevistado D)

Nesse caso que eu precisei, serviu. Mas, nesse momento, **não tem nada que venha a cabeça**. (Entrevistado E, grifo nosso)

Dos(as) 18 (dezoito) entrevistados(as), (50,00%), ou 9 (nove) usuários **relacionaram o Serviço Social como uma profissão de abordagem crítica com objetivo de orientar**, como posto nas seguintes falas:

Orientar as pessoas. (Entrevistado N, grifo nosso)

Olha, eu nunca li a respeito. Mas eu creio que é aquele serviço que você possa interagir com a sociedade de uma forma geral. E fazer uma **abordagem crítica** sobre os problemas da sociedade, as pessoas que nela esta inserida e tentar através desse argumento encontrar soluções viáveis. (Entrevistado Q, grifo nosso)

A profissão é compreendida como o planejamento e gestão de políticas sociais e o compromisso com a sociedade civil, haja vista a Lei 8.662 de 1993:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...]

O Serviço Social, visto na concepção de uma postura crítica e interventiva para o enfrentamento da realidade.

Quando questionado a respeito das práticas profissionais no serviço de Planejamento Familiar, (27,78%), ou ainda 5 entrevistados mencionaram **a prática como o repasse do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** para assinatura, ou ainda, **o levantamento do convívio familiar**, expresso nas seguintes falas:

O termo de compromisso e o tempo de conversa (Entrevistado B, grifo nosso)

Na verdade, eu só fui lá **assinei um papel** e pronto (Entrevistado F, grifo nosso)

Ela procura saber o **convívio familiar** (Entrevistado O, grifo nosso)

Por sua vez, 13 (treze) entrevistados(as) (72,22%), apresentaram a **concepção da prática em termos de orientação, instruções, realização de estudo socioeconômico e encaminhamentos**, conforme apontado nas falas a seguir:

Perguntas socioeconômicas e orientações sobre o DIU (Entrevistado D, grifo nosso)

Orientação [...] **encaminha** para especialista (Entrevistado G, grifo nosso)

Instruir a pessoa na situação, passar conhecimento e **esclarecer** os pontos fundamentais (Entrevistado M, grifo nosso)

O reconhecimento das práticas citadas pelos 13 (treze) entrevistados (as) permitem relatar o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) no que se refere ao pensar e realizar uma atuação do Serviço Social no âmbito da saúde de forma competente e crítica ao conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, facilitando o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde, da instituição e da rede de serviços e direitos sociais. Bem como, encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população (Lei 8.662/1993).

Ao serem questionados(as) sobre as características observadas no perfil das assistentes sociais do Planejamento Familiar, apenas 2 (duas) (11,11%) entrevistados(as) informaram não saber.

Cinco (5) (27,78%) exaltaram **características de comprometimento, acolhimento e liderança**, como exemplificado a seguir:

Comprometida (Entrevistado B, grifo nosso)

Liderança e acolhimento (Entrevistado C, grifo nosso)

Onze (11) entrevistados(as) (61,11%) **exaltaram bom atendimento, simpática, gente boa e tranquilidade como características do perfil profissional** como exposto a seguir:

Tranquilo e paciente (Entrevistado A, grifo nosso)

Simpática, atendeu bem (Entrevistado G, grifo nosso)

Gente boa, comunicativa e preocupada com a gente. (Entrevistado L, grifo nosso)

Bom atendimento. (Entrevistado R, grifo nosso)

Tais características elencadas permite deslumbrar sobre a visão estereotipada, da profissão na sua gênese, visto que, em alguns casos um atendimento que vise à viabilidade do acesso ao direito, mediante o cumprimento dos princípios e diretrizes do Projeto Ético-Político e que vá de encontro ao projeto societário, ainda é observado pelos usuários como uma “prestação de favor”. Um profissional ético, e comprometido com a classe trabalhadora é visto como o profissional “**gente boa**”.

3.2.3 Análise do Nível de Importância da Prática Desenvolvida pelo Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar: a perspectiva dos usuários

Com o intuito de referenciar o papel desenvolvido pelo Serviço Social, o primeiro questionamento feito aos entrevistados(as), foi referente a consideração da importância da figura do Assistente Social.

Conforme respostas embasadas no exercício profissional, 1 (um) entrevistado(a) informou que não considera importante o Assistente Social no Planejamento Familiar, mediante a justificativa de um conhecimento prévio referente ao serviço. Já (5,56%) um (1) entrevistado, não soube responder.

Contudo, dezesseis (16) (88,89%) dos(as) entrevistados(as) alegaram que sim, e quando questionados **de que modo, elencaram as orientações e as respostas para as dúvidas**, como mencionados a seguir:

No meu ponto de vista, pelo meu atendimento, eu achei importante por que ela me recebeu. Foi o primeiro contato que eu tive com o Planejamento Familiar e ela me passou toda a situação, me explicou tudo e depois me direcionou. **E quando ela me direcionou** eu já sabia exatamente o que fazer, pra onde eu ia, tudo “certinho”. (Entrevistado E, grifo nosso)

Sim, porque **orienta**. (Entrevistado G, grifo nosso)

Sim, porque é o começo [...] que **tira todas as dúvidas**. É a base (Entrevistado O, grifo nosso)

Sim, ajuda a **tirar algumas dúvidas**. Ele tem mais informações que a gente, aí abrange mais informações que a gente não conhece. (Entrevistado R, grifo nosso)

O Assistente Social direcionando sua prática de competência, como previsto na Lei que regulamenta a profissão, para orientar e esclarecer os usuários no que abrange toda a temática envolta do Planejamento familiar e sua funcionalidade.

O Manual Operacional de 2015 do HULW informa que o Serviço Social democratiza as informações para facilitar o acesso dos usuários aos serviços; humaniza as relações sociais; articula a relação multiprofissional e interprofissional para atender integralmente os usuários; realizando estudos e pesquisas.

Nessa direção, a indagação feita foi referente à importância do Assistente Social para o trabalho em equipe multiprofissional. Constatando que a maioria absoluta (100%) 18 (dezoito) entrevistados(as) afirmaram que sim.

Por outro lado, (33,33%) seis (6) entrevistados dos 18 (dezoito) sentiram-se confortáveis em justificar suas respostas, mediante a perspectiva do **repasso de informações e orientações**, como observado nas falas a seguir:

Sim. **Pela questão da orientação**. (Entrevistado A, grifo nosso)

Ela passa as informações “certinhas”. (Entrevistado R, grifo nosso)

No que constitui o avanço da concepção de saúde e a integralidade da atenção, a resolução número 218 de 1997 do Conselho Nacional, menciona que cada profissional em decorrência de sua formação capacitada, qualificada e de forma distinta atua para desempenhar suas ações. Fortalecendo, portanto, a interdisciplinaridade e o reconhecimento de cada profissão na área de saúde.

A atuação do assistente social em equipe multiprofissional possibilita a observação dos seus princípios ético-políticos. De modo que a articulação com outras categorias e segmentos, permita a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de estratégias que deslumbre a efetivação do direito social à saúde.

3.2.4 Análise do papel do Serviço Social sob a ótica do direito: na perspectiva dos usuários

Ao considerar o reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos, a humanização, a resolução da demanda e a ampliação dos serviços prestados ao público, ao focar na integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, como observado no Capítulo II desse estudo, a primeira indagação feita aos entrevistados(as), foi referente a obtenção de informações prévias, a respeito do serviço de Planejamento Familiar e toda sua funcionalidade, ou seja, informações antes do atendimento.

14 (quatorze) entrevistados(as) expressaram já obter um conhecimento prévio.

Os (22,22%) quatro (4) entrevistados informaram que só obtiveram informações mediante o atendimento com o Serviço Social, o que justifica o reconhecimento de sua prática interventiva e comprometida não só com o Projeto Ético-Político, com o projeto societário vinculado a classe trabalhadora. Como expõe a legislação 9.263 de 1996: garante o acesso igualitário à informação, meios, métodos e técnicas disponíveis, bem como, explana o papel do Estado direcionado

pelo Sistema Único de Saúde ao promover condições e recursos que assegurem o exercício livre do planejamento familiar, referenciando sua funcionalidade.

Nessa direção dos direitos assegurados pelo acesso à informação, outro questionamento foi realizado referente à obtenção de novas informações no que abrange o serviço de Planejamento Familiar.

Nesse sentido, 7 (sete) dos(as) entrevistados(as) (38,84%), afirmaram que não obtiveram novas informações.

Por outro lado, 11 (onze) (61,11%) dos(as) entrevistados(as) informaram que obtiveram informações as quais desconheciam. Portanto, o quantitativo aqui expresso sobre a variável de novas informações é significativo.

Afirmando a dimensão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em Junho de 2009, que dispõe princípios básicos de cidadania, permitindo que o cidadão conheça seus direitos e deveres na oferta de serviços na área de saúde, possibilitando a participação social.

No contexto, da concepção da universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços, posto na Constituição Federal de 1988, os(as) entrevistados(as) foram questionados a respeito da resolatividade da demanda.

Entre as respostas obtidas, um (1) entrevistado(a)- (5,56%) elucidou que sua demanda não foi atendida, não justificando a resposta.

Por sua vez, 17 (dezessete) – (94,44%), informaram que suas demandas foram atendidas, **diante da concepção das orientações, encaminhamentos, de forma satisfatória**, como observado nas falas seguintes:

Sim. **Encaminhou** direito. (Entrevistado G, grifo nosso)

Sim, **Foi satisfatório** o que ela me passou. (Entrevistado M, grifo nosso.)

Sim. Ela **orientou toda a situação**. (Entrevistado N, grifo nosso)

Sim, foi tudo ok. Dela me **passar as informações**, de como vai ser o procedimento. (Entrevistado O, grifo nosso)

Foi atendida. É muito subjetivo. No meu caso, **foram atendidas as minhas expectativas** com relação ao serviço prestado. Vim pra fazer um determinado procedimento e já sabia mais ou menos que viria a ser o planejamento familiar e levando isso em consideração, achei que ela desempenhou um bom trabalho. (Entrevistado P, grifo nosso)

O Projeto Ético-Político deve ser reafirmado pelos profissionais assistentes sociais, haja vista, o fornecimento de insumos para o enfrentamento das dificuldades profissionais. Assim, o assistente social, assumindo uma postura crítica, tem a capacidade de apreender o movimento da realidade social, de compreender a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, bem como, aprender sobre os mecanismos de exploração e de dominação, e ver o impacto da lógica capitalista. Nesse sentido, o profissional ao cumprir as exigências de uma capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, faz sua prática de modo competente. (MOTA, et.al, 2016)

3.3 Planejamento Familiar do HULW na perspectiva das profissionais

Com o intuito de identificar a concepção das Assistentes Social no serviço de Planejamento Familiar, foi necessário delimitar o universo das profissionais, este tem um total de 2, portanto, a amostra será correspondente ao universo, devido este ser bastante reduzido.

Foram aplicadas entrevistas com um total de cinco questões a fim de detectar os avanços e desafios no serviço de Planejamento Familiar do HULW.

3.3.1 Tempo de serviço das profissionais no Planejamento Familiar

Tabela 5- Tempo de serviço das profissionais

Entrevistado	Tempo
Profissional 1	1 ano e meio
Profissional 2	1 ano e meio

Fonte: Dados primários, João Pessoa-PB/2020.

Conforme apresentado na tabela 5, as duas profissionais (100%) atuam no serviço de Planejamento Familiar há um ano e meio. O que permite afirmar o conhecimento na área.

3.3.2 Análise dos avanços e desafios no serviço de Planejamento Familiar na perspectiva das profissionais:

Com base na discussão proposta no Capítulo II desse estudo, referente ao desenvolvimento do Planejamento Familiar no Brasil no contexto de Políticas Públicas, o primeiro questionamento feito, foi referente a avaliação do serviço de Planejamento Familiar.

As entrevistadas elucidaram a avaliação do serviço de forma positiva. Por outro lado, ainda avaliaram o serviço a partir da perspectiva de melhoria, nesse sentido, **entre as respostas apresentadas, houve um destaque para o avanço do serviço**, como podemos observar na fala seguinte:

[...] hoje a gente ampliou na parte da contracepção que é o DIU, vasectomia e laqueadura tubária, incluiu também a fertilidade. Mas, por se trata de um hospital escola do porte do HU, eu acredito que **a gente já poderia ter avançado no sentido de reprodução humana assistida**, como a gente tem referência aqui no Rio Grande do Norte, São Paulo, Recife, com a parte de infertilização, inseminação artificial, os próprios procedimentos de reversão, que a gente não faz (nem de laqueadura, nem de vasectomia). Então, pelo porte do hospital, acredito que **a gente já poderia ter avançado nesse sentido**. Então, ele ainda é limitado nesse ponto, [...] mas tá comportando a demanda do município, do estado [...] por que vem muita gente de outros municípios também. (Profissional 1, grifo nosso)

Não existe um quantitativo significativo de políticas sociais ofertadas para a saúde reprodutiva. Sabe-se que o papel do Estado direcionado pelo Sistema Único de Saúde é promover condições e recursos que assegurem o exercício livre do planejamento familiar, no entanto, isso não se efetiva, por vários determinantes. Um deles se constitui no desmonte dos direitos a partir da perspectiva neoliberal, no que tange a privatização de bens e serviços. Isto é, o setor público sendo transferido para o privado, o Estado sendo desresponsabilizado e o mercado regulamentado, como afirma Laurell (2009).

Ainda nessa direção de avaliação, as duas profissionais, foram indagadas a respeito da atuação profissional. Ambas, referenciaram o atendimento voltado para **orientação como uma das particularidades na atuação profissional no serviço de Planejamento Familiar**, como exposto na fala a seguir:

[...] **fazer uma orientação mais adequada**, personalizada ao usuário e a família, e até fazer um aconselhamento. Então a gente abre esse leque e os demais profissionais também fazem isso, principalmente a psicologia, que vai trabalhar com os elementos mais subjetivos de cada usuário. Então aqui eu acredito que a gente tenha essa particularidade, que eu acho extremamente importante, o atendimento ser personalizado. E isso, não afasta a gente da característica principal que devemos ter, enquanto profissional do Serviço Social, de contextualizar dentro do macro, de observar o macro. Não, ao contrário, a gente ver as particularidades. Trabalha dentro desse ponto de vista.

Então, eu acredito que a gente não tem limite de tempo, a gente vai atendendo cada usuário e escutando a realidade social, econômica e cultura de cada um, para poder fazer um trabalho mais adequado. (Profissional 1, grifo nosso)

Diante dessa concepção, pode-se verificar que há consonância entre os dados apresentados nesse item, com os dados correlacionados a respeito da análise do papel desenvolvido pelo Serviço Social no Planejamento Familiar na perspectiva dos usuários, haja vista, que dentre as respostas para o questionamento feito referente a importância da figura do Assistente Social, as falas de **orientações** ganharam notabilidade.

O Código de Ética da Profissão destrincha nos princípios fundamentais, o seu posicionamento a favor da equidade e justiça social, a defesa dos direitos humanos, a ampliação e consolidação da cidadania, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos às políticas sociais e programas.

No entanto, sabe-se que muitos são os desafios postos para profissão. Desse modo, o questionamento feito as profissionais, foi a respeito das principais dificuldades encontradas no serviço. As duas profissionais (100%) **abordaram o fluxo**, mediante **a dificuldade da regulação dos usuários pelo município**, e ainda, a **desistência de muitos durante o percurso**, tendo em vista que no caso da Laqueadura Tubária e Vasectomia, a lei 9.263/1996 estabelece um prazo mínimo de sessenta (60) dias desde a abertura do protocolo até a realização da cirurgia, como observado nas falas a seguir:

[...] o problema que a gente tem dentro, às vezes parte dos usuários. Que é **abandonar no percurso**. Começa o circuito, aí **no meio do caminho abandona**. Aí é por motivos diversos... às vezes dificuldade de se ausentar do trabalho para vir a uma consulta, ou mesmo porque engravidou. Então são vários os motivos, aí **abandona ou retarda**. Mas no geral esta funcionando. Eu estou vendo de uma forma bem positiva o funcionamento o serviço de planejamento familiar aqui do Hu. (Profissional 1, grifo nosso)

Eu acho que a dificuldade se **dar no tempo de chegar**. Por exemplo, no caso da laqueadura para não gestante, para vasectomia, e para o DIU, por que quando inicia o protocolo, até realizar a cirurgia ou a colocação do DIU, é um tempo longo... Não tão longo, dá uma faixa de 60 dias ou um pouco mais, mas para alguns esse tempo parece longo [...] **a dificuldade para o usuário é a parte da regulação**. Quando a gente tem oferta de serviço, e a gente não tem a demanda vinda da regulação, a dificuldade não é nossa, é do município, da rede que não consegue acessar o serviço. **A grande dificuldade é esse acesso, e a demora de realizar o procedimento**. (Profissional 2, grifo nosso)

Apesar das dificuldades apresentadas é nítido a postura de resistência e luta por direitos, afirmadas pelas Assistentes Sociais, ao viabilizarem o acesso aos direitos.

Os dados a respeito das sugestões para o aperfeiçoamento ainda maior da prática confirma determinada postura, conforme as falas:

Eu sempre fui um pouco reticente com as questões de treinamento específico na área, por que você fica muito voltado. Mas o planejamento familiar, saúde em si, requer que a gente tenha. A gente não pode sair do contexto do serviço social e se apropriar de outras práticas que são específicas de outras áreas. Eu não vejo como específicas de outras áreas, são políticas transversais, então eu acredito que me apropriar de determinados conhecimentos dentro dessa área, desse campo é importante. Então na parte específica mesmo, o treinamento mais voltado à temática. (Profissional 1)

Uma coisa que eu penso é que a gente poderia canalizar esse fluxo. Vamos supor, as gestantes [...] os atendimentos poderiam ser todos em um dia só. Seria uma proposta boa. Agora, também, isso é inviável, porque quando elas vêm encaminhadas, não trazem a documentação necessária. O próprio PSF não passa as orientações. Tem uma série de situações. Mas eu acho que isso seria uma forma. O máximo de usuário que pudéssemos atender em um dia só, seria melhor. (Profissional 2)

As profissionais relataram como sugestões do aperfeiçoamento de seus trabalhos, treinamentos voltados para temática e a condicionante do agrupamento dos atendimentos para um único dia.

Portanto, os dados mostram o compromisso das profissionais ao atuarem conforme todo o aparato legal que regulamenta a profissão. Atuando numa perspectiva que possibilite a leitura da realidade, bem como a capacidade de identificação das condições materiais de vida dos usuários, contribuindo com o fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos históricos, tornando-os protagonistas de suas histórias, transformando, inclusive, a realidade por meio da inscrição de reivindicações na agenda pública de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrever a respeito da atuação profissional dos(as) profissionais envolvidos(as) no serviço de Planejamento Familiar em um hospital escola suscitou nesse estudo o desafio de correlacionar a prática profissional com a teoria, aqui exposta através do embasamento desse trabalho em torno de todo o aparato legal que regulamenta a profissão do Serviço Social, mediante o compromisso com os usuários, na perspectiva do direito. Salientado que a vivência do cotidiano expresso através do exercício profissional é fundamentado em todo o arcabouço teórico-metodológico da profissão.

Nessa direção, a análise da atuação profissional deslumbra a perspectiva de garantir informações, meios, métodos e a viabilidade do acesso ao direito como referenciado na Constituição Federal de 1988.

Desse modo, para o fundamento deste trabalho, foi necessário partir da compreensão da construção de estratégias sóciopolíticas e profissionais para responder as reais demandas postas na realidade do cotidiano profissional e aos requisitos da profissão (FORTI & GUERRA, 2016).

Portanto, no que tange a atuação profissional dos(as) Assistentes Sociais no serviço de Planejamento Familiar no HULW, apresentada nos resultados da pesquisa, conclui-se que a maioria significa (50%) dos usuários correlacionaram a profissão na perspectiva crítica, com objetivo prático de orientar e intervir na realidade, conforme os dados apresentados correspondente a (72,22%). Certificando a análise feita pelas assistentes sociais referente a atuação profissional no serviço, visto o argumento da particularidade das orientações realizadas.

Por outro lado, no que se referem as características elucidadas das profissionais, sobressaíram a visão de um profissional "gente boa", "simpático" (61,11%), o que remete ainda a uma visão estereotipada da profissão na sua gênese.

Apesar de não terem conseguido associar a concepção crítica abordada, com características que dialoguem com o Projeto Ético-Político da profissão, bem como os demais aparatos legais, com relação ao papel desenvolvido pelo Serviço Social (88,89%) dos entrevistados(as) julgaram importante a figura do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar. E quando questionados a respeito da importância do assistente social para com o trabalho em equipe multiprofissional a maioria absoluta (100%) relatou que sim. Fazendo inferência do atendimento integral aos usuários, por meio dessa articulação multiprofissional.

Nessa direção, pode-se reportar as falas das profissionais do serviço de planejamento familiar ao avaliarem o serviço de forma positiva. No entanto, ressaltando o destaque feito para o avanço do serviço, mediante a ampliação da oferta para além dos serviços prestados.

Em contrapartida, ao serem questionadas quanto as dificuldades encontradas no serviço, as (duas) profissionais alegaram, a dificuldade de regulação do serviço pelos usuários através do município. Ou seja, está dificuldade inferindo no possível avanço apresentado, tendo em vista o problema de gestão elucidado.

Desse modo, em referência aos questionamentos sobre análise do Serviço Social sob a óptica do direito, conclui-se que (61,11%) dos entrevistados(as) alegaram a obtenção de novas informações durante o atendimento, mesmo diante do quantitativo de (77,78%) possuírem um conhecimento prévio do serviço de Planejamento Familiar e toda sua funcionalidade.

Em consonância com a efetividade do direito, quando questionados a respeito da resolutividade da demanda advinda, (94,44%) dos usuários(as) entrevistados(as) julgaram atendida.

Contudo, diante da postura crítica, resistente e de lutas por direitos do profissional assistente social, quando questionadas a respeito do aperfeiçoamento da prática, as profissionais (100%) alegaram treinamentos voltados para temática, e atendimentos condicionados para responder a demanda melhor.

O profissional assim, atuando na perspectiva da viabilização do acesso ao direito, mediante a leitura da realidade, o que **confirma a hipótese levantada de que a prática profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW, visa o compromisso com os usuários, familiares e comunidade, apesar das condições adversas de trabalho.**

Contudo, é importante frisar a conjuntura política atual de desmonte dos direitos sociais, favorecendo o acúmulo de riquezas para o capital, ignorando os princípios de universalidade, equidade, integralidade postos na Constituição Federal, o que dificulta os avanços no setor saúde. Toda essa realidade de perdas de direitos, menos investimentos em serviços e políticas públicas sociais e consequente precariedade destes, são resultados do acirramento do ideário Neoliberal, assumido pelo Estado brasileiro. Ressaltando ainda, o governo atual na figura representativa do Presidente Jair Bolsonaro, marca o ultraconservadorismo e ignora a criação de políticas sociais que envolva a saúde reprodutiva.

Nessa concepção, é importante frisar que mesmo diante de uma conduta profissional crítica e de intervenção na realidade, cabe aos usuários do serviço, exercer sua participação social, através do mecanismo do controle dessas políticas sociais ofertadas, a fim de garantir o reconhecimento do princípio da dignidade da pessoa humana, bem como, precisam assumir a postura de protagonistas de suas histórias, mesmo diante de desafios estruturais impostos pelo Estado brasileiro.

Faz-se crucial voltarmos à organização e mobilização do coletivo de amplos e diversos setores sociais, em busca do bem comum e da efetivação de todos os direitos

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.**

Disponível em : <http://www.abepss.org.br/quem-somos-1>

Acesso em: 06 de Novembro de 2019.

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia das origens a Araxá** – 5ª ed. - São Paulo: Cortez. Piracicaba – SP. Universidade Metodista de Piracicaba, 1995. **PDF**

ALVES, José Eustáquio Diniz. **O Planejamento Familiar no Brasil.** PDF. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/texto_pf_jeda_05jun10.pdf

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>
Acesso: 16 de Março de 2019.

ATIVIDADE LEGISLATIVA. **Artigo 5. Título II dos Direitos e Garantias Fundamentais. Capítulo I dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos.**

Disponível em:

https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_5_.asp

BEHRING, Elaine R. **Brasil em contra reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008, cap. 3, 4 e 5.

BERQUÓ Elsa; CAVENAGHI Suzana. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária.**

Cad. Saúde Pública vol.19 suppl.2 Rio de Janeiro 2000.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025

BRASIL. **Lei nº 8080/1990.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

_____. **Lei nº 8142/1990.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves. **80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo.** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 127, p. 430-455, set./dez. 2016. **PDF**

COELHO, E.A.C. et al. **O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos.** Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p.37-44, mar. 2000.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social.** 10º ed. Revista atualizada. **PDF.**

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010

COLUNISTA-PORTAL EDUCAÇÃO. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).**

Disponível

em:

www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/programa-de-assistencia-integral-a-saude-da-mulher-paism/29829.

Acesso: 10 de Março de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997.** PDF.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

EBSERH. **Hospital Universitário Lauro Wanderley.** Disponível em: www.ebserh.gov.br

Acesso: 16 de Março de 2019.

FINKLER, Renata Ulrich; RIBEIRO, Elaine Rossi. **Controle Social da Saúde no Brasil.** Caderno Saúde e Desenvolvimento. V. 4 - 2004

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda . **Serviço Social: temas, textos e contextos.** – 5. ed. Rv. E ampl. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

FREITAS, Maria José Leite de. **História do Hospital Universitário Lauro Wanderley,** 2016. PDF.

GIL, Antonio carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.184.

IAMAMOTO, Marilda Vilela . **A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro.** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n120/02.pdf>

Acesso em: 22 de Outubro de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.** Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282017000100013&script=sci_abstract&tlng=pt.

Acesso: 22 de Outubro de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico - metodológica.** 36.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos.** São Paulo: Cortez, 1922.

LAURELL, Asa Cristina. **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo.** São Paulo. Cortez, 2009.

LIMA, Maria Aparecida R. de O. **Planejamento Familiar: conflitos e soluções.** Fazendo Gênero 8- corpo, violência e poder. Florianópolis, de 25 a 28 de Agosto de 2008.

Disponível em : http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST58/Lima-Lima_58.pdf

MANUAL OPERACIONAL. **Hospital Universitário Lauro Wanderley**, 2015. PDF.

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde nas Escolas.**

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>

MINISTERIO DA SAUDE. **Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos uma prioridade do governo.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno nº 1. Brasília- DF, 2005.

MINISTERIO DA SAUDE, Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **O Conceito de saúde.** Guia de Referencia para Conselheiros Municipais. p.7-9.

MINISTERIO DA SAUDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília-DF, 2004. PDF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 48, de 11 de Fevereiro de 1999.**

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html

MINISTERIO DA SAUDE. **Portaria 144 De 24 de Novembro de 1997.** Planejamento Familiar.

MONTAÑO, Carlos e DURIGUETTO, Maria Lucia. **Estado, Classe e Movimento Social.** ED. Cortez, 3ª edição. São Paulo, 2010.

MOTA, Ana Elisabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde – Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** 6ª ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 8.ed - São Paulos: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social – uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** São Paulo:Hucitec,2004.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** Editora Expressão Popular. São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, Edístia Maria A. P & CHAVE, Helena Lúcia Augusto. **80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão.** Revista Serv. Soc. Soc. no.128 São Paulo Jan./Apr. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282017000100143#B10

Acesso em: 21de Outubro de 2019.

PLANO DIRETOR ESTRATEGICO-PDE. **Hospital Universitário Lauro Wanderley: Universidade Federal da Paraíba**, 2016/2017.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. PDF. 11 de abril de 2018.

RAMOS, Fernanda de Oliveira Santana. O direito fundamental ao planejamento familiar e a lei 9.263 de janeiro de 1996. Publicado em jus.com.br 4/2005. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/37759/o-direito-fundamental-ao-planejamento-familiar-e-a-lei-n-9-263-de-janeiro-de-1996>

SASSINE VINICIUS. **Governo defende a abstinência sexual contra gravidez precoce**. O Globo. Publicado em 03/01/2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-defende-abstinencia-sexual-contr-gravidez-precoce-1-24169206>

SENADO FEDERAL. **Art. 226 Título VIII da Ordem Social**. Disponível em: http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_07.05.2015/art_226_.asp

TEXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. Rev. Serviço Social.

TEXEIRA, Mary Jane de Oliveira. **A urgência do debate: as contrarreformas na política da saúde no governo Temer**. Argum, Vitória, V.10, n.1, pg 33-50, jan./abr.2018. PDF

UNFPA. **Planejamento familiar: 50 anos de história**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatoriowpd.pdf>

VIEIRA, Fabiola Sulpino & BEVENIDES, Rodrigo Pucci de Sá. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas. V.10 N.3, 2016. PDF. Acesso: 16 de Março de 2019.

YASBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Curso de Especialização à distância. CFESS. 2009

_____. **Lei nº 8.662**. Planalto, 1993.

_____. **Lei nº 9.263**. Planalto, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa aborda “A atuação profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar em um hospital escola” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Katyanne da Silva, aluna do curso de graduação em Serviço Social na (UFPB/CCHLA), sob a orientação da professora Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva (DSS/UFPB).

O estudo objetiva analisar a atuação profissional do Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Para isso, pretende-se identificar a concepção do serviço social, sua atuação e a concepção dos usuários sobre o Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o Serviço Social, analisando criticamente sua atuação profissional no desenvolvimento da política pública do Planejamento Familiar em um hospital-escola, o que possibilitará a apreensão da prática profissional no que constitui a viabilização do direito, refletindo em uma prática em benefício dos usuários dos serviços de saúde pública.

Solicitamos a sua colaboração para realizar esse estudo, respondendo uma entrevista com tempo médio de 30 minutos, e sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em trabalho de conclusão de curso (monografia), eventos da área de saúde e publicação em revistas científicas. Elucidamos que os possíveis riscos deste estudo decorreriam da publicação dos resultados, sendo assim, para reduzir os riscos, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Além disso, as informações obtidas com essa pesquisa não oferecerão malefícios e prejuízos morais ou à sua saúde, e não irão afetá-lo(a) de qualquer forma.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a)

senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Se porventura optar em não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo não sofrerá qualquer dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora

Considerando que foi informado dos objetivos e da relevância do estudo proposto, da forma que se dará a minha participação dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declara o meu consentimento em participar da pesquisa e concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via deste documento.

João Pessoa, _____ de _____ de 2020.



Impressão dactiloscópica

Assinatura do (a) participante

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Katyanne da Silva, telefone (83) 9-8777-5561; E-mail: katyanne12@hotmail.com ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco - João Pessoa -PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 3216-7964

Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY

1. DADOS PESSOAIS (PERFIL SÓCIO ECONÔMICO-CULTURAL)

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Média de Renda: _____

2. COMPREENSÃO ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL

2.1 Na sua concepção, o que é Serviço Social ?

2.2 Para o (a) senhor (a), é importante a figura de um Assistente Social do Planejamento Familiar ? Por quê ?

2.3 O (a) senhor (a) obtinha informações sobre o serviço de planejamento familiar e sua funcionalidade antes do atendimento com o Serviço Social?

2.4 Na prática, quais atividades o (a) senhor (a) percebe/visualiza, que são realizadas pelo (a) profissional do Serviço Social do Planejamento Familiar ?

2.5 No ato do atendimento você obteve informações ao qual desconhecia ?

2.6 Ao ter contato com o profissional, sua demanda foi atendida ? De que modo ?

2.7 Considerando que o (a) senhor (a), teve contato com os demais profissionais do serviço de planejamento familiar, qual o nível de importância do Assistente Social para o trabalho em equipe multiprofissional ?

2.8 Quais as características o (a) senhor (a) observou no perfil profissional da Assistente Social ?

Roteiro de Entrevista Semiestruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS ASSISTENTES SOCIAIS DO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

1. A quanto tempo você atua no serviço de Planejamento Familiar?
2. Como você avalia o serviço de Planejamento Familiar?
3. Quais as principais dificuldades encontradas neste serviço?
4. Como você avalia sua atuação profissional?
5. Quais sugestões você daria para o aperfeiçoamento ainda maior da sua prática profissional dentro do serviço de Planejamento Familiar?

ANEXOS



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA

Pesquisador: Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28749119.4.0000.5183

Instituição Proponente: Centro de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.858.233

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto (SEGUNDA VERSÃO) de Pesquisa para elaboração da Monografia: “ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA”, apresentado ao Curso de Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas e Letras, da Universidade Federal da Paraíba, Área de concentração: Serviço Social e Políticas Públicas, Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva.

O estudo tem como objetivo analisar a atuação profissional do Assistente Social a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do serviço de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Dessa forma, parte-se da hipótese de que a prática profissional do Assistente Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW, visa o compromisso com os usuários, familiares e comunidade, na perspectiva de viabilizar o acesso e cumprindo de seus direitos e deveres profissionais, como posto na Lei que regulamenta a profissão 8.662/1993. Nessa perspectiva, faz-se o uso da pesquisa de caráter bibliográfico com abordagem predominantemente qualitativa de análise e de caráter exploratório e de campo. Portanto, tal estudo contribuirá com a reflexão em torno da profissão do Serviço Social relacionada à política de Planejamento Familiar desenvolvida em um Hospital-escola. Para o processamento de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.858.233

coleta e análise dos dados, no que refere-se aos dados primários, serão coletados a partir da aplicação de questionários semiestruturados (impressos) com os(as) usuários(as) do Serviço Social do serviço de Planejamento Familiar da Instituição e com as assistentes sociais do referido serviço. Por fim, para a sistematização dos dados serão utilizados possíveis quadros e tabelas, e através da técnica de Análise de Conteúdo serão categorizados os aspectos norteadores do estudo. A amostra da pesquisa será de 18 (dezoito) usuários selecionados a fim de avaliar a atuação do Assistente Social e de 02 (dois) profissionais do Serviço Social.

Critério de Inclusão:

Usuários encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e regulados internamente. .

Usuários encaminhados do (Pré-Natal de Alto Risco) PNAR do HULW.

As assistentes Sociais que atuam na Unidade de Atenção à Mulher no serviço de Planejamento Familiar no período da manhã e da tarde.

Critério de Exclusão:

Usuários que procurem o serviço por demanda espontânea.

Assistentes Sociais que não são da Unidade de Atenção à Mulher (Serviço de Planejamento Familiar)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a atuação profissional do Assistente Social a partir da concepção dos usuários e dos próprios Assistentes Sociais do serviço de Planejamento Familiar do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- . Analisar o papel desenvolvido pelo Serviço Social no serviço de Planejamento Familiar do HULW.
- . Identificar a concepção das Assistentes Sociais sobre sua atuação profissional no serviço de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.858.233

Planejamento Familiar no HULW.

. Identificar as concepções dos usuários sobre o Serviço Social, no serviço de Planejamento Familiar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, podem ocorrer riscos variados. Existe a possibilidade de que os sujeitos da pesquisa se sintam constrangidos e ansioso, haja vista, a abordagem por meio da entrevista, bem como, pelo motivo da mesma estar diretamente relacionada a perspectiva de atender e efetivar os direitos sociais por meio da atuação do Assistente Social. Para diminuir os riscos, os entrevistados serão esclarecidos durante a pesquisa e terão a garantia do anonimato pela assinatura do termo de consentimento que esclarece os objetivos da pesquisa.

Benefícios: Os resultados desse estudo trarão como benefícios a reflexão sobre a temática dentro do âmbito acadêmico ao fundamentar novas pesquisas na área, como também para os Assistentes Sociais, ao se atentarem para sua prática junto à equipe multiprofissional na perspectiva de viabilizar os direitos dos usuários.

Assim, estão de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS/MS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Percebe-se que no contexto dos objetivos propostos no presente estudo a contribuição e importância é no sentido proporcionar novas pesquisas sobre atuação profissional do Assistente Social, já que a mesma está vinculada ao projeto societário e visa atender as demandas da classe trabalhadora na viabilização dos direitos, como posto na Lei 8.622/1996 que regulamenta a profissão, bem como conhecer a concepção do Serviço Social na área hospitalar, mais precisamente do serviço de Planejamento Familiar, como ponto de partida para, no futuro, refletir a participação efetiva enquanto parte de uma equipe de saúde multiprofissional.

A pesquisadora atendeu às pendências apontadas em parecer anterior a este, estando pois,

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.858.233

exequível do ponto de vista ético-metodológico, em consonância com as diretrizes recomendadas pela Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão compatíveis e adequados: folha de rosto; certidão de aprovação do Departamento envolvido, carta de aceite da Instituição onde será desenvolvida a pesquisa, instrumento de coleta de dados, cronograma de execução; previsão de orçamento para o estudo. TCLE para os envolvidos na pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/12, do CNS/MS.

Recomendações:

(O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores deverão MANTER A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o(a) pesquisador(a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este Colegiado em parecer anterior a este, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em _11 de fevereiro de 2020.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



**UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.858.233

dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para Apreciação e Obtenção da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1481700.pdf	06/02/2020 10:52:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	06/02/2020 10:51:13	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoP.pdf	04/02/2020 14:35:05	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/02/2020 14:10:14	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito
Outros	6.pdf	11/12/2019 00:33:13	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2.pdf	11/12/2019 00:29:21	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito
Folha de Rosto	1.pdf	10/12/2019 14:37:15	Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.858.233

JOAO PESSOA, 27 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com